ROK VII WARSZAWA 1933 WRZESIEŃ ZESZYT IX

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Wrażenia z mojej podróży naukowej do niektórych czołowych środków wiedzy lekarskiej Europy Zachodniej.

(listopad i grudzień 1932 r., styczeń 1933 r.).

PODAŁ
SEWERYN CYTRONBERG.
Docent dr. med.

Już od paru lat nosiłem się z zamiarem naocznego poznania na miejscu nowszych metod badania i leczenia, stosowanych w dziedzinie gastroenterologji w czołowych klinikach Europy Zachodniej. Jesienią roku 1932 zakomunikowałem Panu Dyrektorowi II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W. profesorowi Witoldowi Orłowskiemu główne wytyczne zamierzonej przezemnie podróży naukowej zagranicę i uzyskałem aprobatę i poparcie Kliniki i Wydziału Lekarskiego.

By zużyć jaknajwydatniej czas mego pobytu w zagranicznych ośrodkach wiedzy lekarskiej, postanowiłem a priori pracować jednocześnie w kilku kierunkach, prowadzących do poszczególnych celów, jakie sobie wystawiłem, a mianowicie:

1) Teoretyczne poznanie i praktyczne opanowanie wziernikowania przełyku i żołądka, fotografji żołądka i laparoskopji, tudzież zaznajomienie się z metodą Katscha rozszerzania zwężeń lub kurczów przełyku czy też wpustu oraz z nowemi metodami zachowawczego leczenia guzów krwawnicowych przy pomocy miejscowych wstrzykiwań różnych przetworów leczniczych;

2) Zwiedzenie niektórych głównych klinik wewnętrznych Austrji, Szwajcarji, Francji, Anglji, Belgji i Niemiec dla pobieżnego, bodaj, zaznajomienia się z najnowszemi urządzeniami, metodami badania i leczenia, zwłaszcza djetetycznego, stosowanemi obecnie zagranicą w zakresie medycyny wewnętrznej wogóle.

3) Zwiedzenie czołowych zakładów naukowych dla badań biologicznych wogóle o-

raz zakładów, poświęconych badaniu zagadnienia raka w szczególności, a pozatym poznanie organizacji specjalnych szpitali względnie oddziałów dla rakowatych i kierunków oraz nowszych metod pracy doświadczalnej i klinicznej nad rakiem.

4) Uczęszczanie na możliwie wielką liczbę posiedzeń biologów, internistów i gastrologów w różnych krajach.

5) Osobiste zetknięcie się i ewentualną wymianę zdań w sprawach, mnie interesujących, z wybitnymi internistami wogóle, a gastrologami w szczególności.

6) Ewentualne wygłoszenie paru odczytów o własnych pracach oryginalnych.

W dniu 7-ym listopada 1932 r. wyjechałem do Wiednia i zaraz nazajutrz przystąpiłem do pracy. Dla większej przejrzystości niniejszego sprawozdania omawiać będę każdy poszczególny dział mojej pracy oddzielnie w powyżej zaznaczonej kolejności.

Dział I.

1) Wziernikowanie przełyku, 2) Wziernikowanie żołądka, 3) Fotografowanie żołądka, 4) Wziernikowanie jamy brzusznej, 5) Metoda rozszerzania zwężeń przełyku, 6) Zachowawcze leczenie guzów krwawnicowych.

Już w ciągu pierwszego dnia mojego pobytu w Wiedniu mogłem przekonać się, że jednego z głównych celów mego wyjazdu zagranicę, mianowicie, opanowania gastroskopji w Austrji osiągnąć nie zdołam. Gastroskopja, bowiem, została przez klinicystów Wiednia, Gracu i Insbruku zarzucona z powodu niebezpieczeństwa dla chorego w razie wziernikowania żołądka przy pomocy do niedawna używanych sztywnych gastroskopów rozmaitego typu. Gastroskop zaś giętki najnowszego typu Wolff-Schindlera posiadał wtedy we Wiedniu jedynie doc. Moszkowicz, lecz i on stosował go narazie w stosunkowo nielicznych przypadkach. Natomiast

1) Wziernikowanie przełyku (oesophagoskopja)

jest we Wiedniu szeroko rozpowszechnione, jakkolwiek stosowane niemal wyłącznie przez laryngologów, zwłaszcza przez kliniki laryngologiczne Hayeka oraz Neumanna.

Na podstawie własnego doświadczenia i spostrzeżeń odnośnych na klinice Hayeka przyszedłem do przekonania, że wziernikowanie przełyku jest, bezsprzecznie, metodą niezwykle cenną i ważną dla internisty. Nie ulega wątpliwości, że cały szereg zmian początkowych w obrębie przełyku, jako to ograniczone zapalenia, owrzodzenia, uchyłki i t. d., wreszcie, nowotwory można przy pomocy ezofagoskopji wykryć wcześniej i poznać dokładniej, niż przy pomocy innych metod badania klinicznego, a nawet rentgenowskiego. Jestem zatem bezwzględnie przekonany, że metodę tę należy wprowadzić do kliniki wewnętrznej, tembardziej, że przy pewnej ostrożności i wprawie, wymaganej przecież w każdem wziernikowaniu, metodę tę uznać należy za bezpieczną.

2) Wziernikowanie żołądka (gastroskopja).

Gastroskopja weszła obecnie w decydujący okres swego rozwoju. Jak wiadomo, główna zasada dotychczasowych gastroskopów polegała na wytwarzaniu linji optycznej prostej pomiędzy okiem obserwatora a systemem optycznym, znajdującym się w „wewnętrznym" końcu gastroskopu, wprowadzonego do żołądka. Zasada „prostej linji optycznej" zmuszała do wprowadzania do żołądka sztywnych rur długich na ± 70 cm. Wobec anatomicznych krzywizn przełyku zwłaszcza w okolicy wpustu, różnego kształtu żołądka i t. d. gastroskopja była często niewykonalna albo też niebezpieczna. Każdy z gastroskopistów, najbardziej nawet doświadczonych (Schindler, Moutier, Sternberg i inn.) miał też po jednym lub parę przypadków śmiertelnych podczas albo też w bezpośrednim następstwie gastroskopji. Metoda została więc ostatnio niemal w zupełności zarzucona. Atoli kilkuletnie prace optyka Wolffa i lekarza Schindlera przyniosły skutek nader pożądany: oto okazało się, że przy pomocy odpowiedniego układu szeregu soczewek można uzyskać obraz oglądanego przedmiotu nawet wtedy, gdy oś optyczna nie jest prosta, lecz zgięta i to do kąta 34°. Dzięki temu można było zbudować gastroskop giętki, którego część „wewnętrzna", wprowadzana do żołądka, zgina się zależnie od ukształtowania przełyku i żołądka, a jednak obraz, oglądany przez obserwatora, nie traci na wyrazistości.

Chcąc poznać zasady teoretyczne i praktyczne gastroskopji u jej źródła, udałem się po uprzedniem piśmiennem porozumieniu się do Schindlera w Monachjum. Schindler urządza w swojem prywatnem mieszkaniu kursy gastroskopji dla ograniczonej liczby lekarzy (zwykle 4). Materjał chorych jest obfity: składają się nań chorzy z Kasy Chorych oraz prywatni pacjenci Schindlera. Uczestnicy kursu muszą znać przynajmniej teoretyczne zasady gastroskopji dotychczasowej. Kurs obejmuje: a) wykład o teoretycznych podstawach „giętkiego" gastroskopu, b) ćwiczenia znieczulania gardła, c) pokazywanie metodyki wziernikowania przez Schindlera, przyczem uczestnicy kursu mają sposobność oglądania szeregu obrazów gastroskopowych in vivo, wreszcie, d) samodzielne wykonywanie gastroskopji przez uczestników z początku na chorych, obytych już z gastroskopją, następnie zaś na „świeżym" materjale chorych. Tak wykłady teoretyczne, jak i ćwiczenia praktyczne są przez Schindlera utrzymywane na wysokim poziomie, i w razie dostatecznego przygotowania uczestników kursu dają doskonałą podstawę do dalszej samodzielnej pracy nad gastroskopją. W Paryżu również miałem możność pracować nad gastroskopją, mianowicie pod przewodem Moutiera. Moutier otrzymał od Schindlera nowy „giętki" gastroskop tuż przed moim przybyciem do Paryża. Nie był on z początku zbyt przychylny tej nowej postaci gastroskopji, gdyż parę śmiertelnych przypadków, które mu się przydarzyły podczas operowania dawniejszemi gastroskopami zniechęciły go bardzo do całej metodyki gastroskopowej. Jednakże zalety obecnych giętkich gastroskopów uczyniły z niego ponownie gorącego zwolennika tej metody.

Istotnie, zalety giętkiego gastroskopu są bardzo znaczne, mianowicie:

1) Wprowadzanie giętkiego gastroskopu jest łatwe i bezpieczne.

2) Zabarwienie śluzówki żołądka, widoczne przez gastroskop giętki, jest mniej czerwone i bardziej zbliżone do rzeczywistego zabarwienia błony śluzowej żołądka, niż przy dawniejszych gastroskopach, a to wskutek odmiennej budowy systemu optycznego.

3) Dzięki giętkości wziernika można „ustawiać" w polu widzenia i oglądać odcinki żołądka, które przy użyciu sztywnych gastroskopów były niedostępne w 40 — 50% przypadków. Tak np. *we wszystkich* przypadkach oglądanych przezemnie u Schindlera, mogłem dokładnie spostrzegać grę odźwiernika i oglądać małą krzywiznę części przyodźwiernikowej w jej całej niemal rozciągłości, a przecież właśnie te odcinki, które jak wiemy, są najczęściej siedliskiem różnych zmian patologicznych, były często „nieuchwytne" dla gastroskopów typów dawniejszych.

Natomiast gastroskop giętki posiada niektóre wady w porównaniu do sztywnego, a mianowicie:

1) Wskutek zastosowania szeregu soczewek zamiast pryzmatów, używanych w gastroskopach sztywnych, duży odsetek światła, dostarczonego przez żarówkę gastroskopu, zostaje pochłonięty i nie dochodzi do oka obserwatora. Skutek jest ten, że obraz śluzówki jest nieco ciemniejszy. Wady tej nie można usunąć przez zastosowanie silniejszego światła, ponieważ żarówka wziernika nagrzewa się wtedy zbytnio, drażni śluzówkę i wywołuje wzmożone wydzielanie śluzu, który pokrywa śluzówkę mniej lub więcej grubą warstwą, utrudniając tym samym jej oglądanie.

2) W razie większego zginania się gastroskopu w żołądku o kąt, przekraczający 34°, obraz zwęża się bardzo znacznie, i orjentacja staje się utrudnioną.

3) Obraz śluzówki jest wogóle nieco mniejszy, niż przy użyciu gastroskopu sztywnego.

4) W miejscu przymocowania części giętkiej gastroskopu do sztywnej, gastroskop łatwo ulega przełamaniu. Zdarzyło się też Schindlerowi, że podczas jego odczytu i pokazu giętkiego gastroskopu w Paryżu, połamał jeden za drugim trzy gastroskopy. Coprawda, obecnie po zastosowaniu odpowiednich ulepszeń ryzyko złamania cennego gastroskopu jest już znacznie mniejsze.

Nie bacząc na wymienione słabe strony gastroskopu giętkiego, zalety jego są tak zasadnicze i wielkie, że kto raz widział przez ten gastroskop obraz śluzówki żołądka i zdołał rozróżnić zmiany ukształtowania i grubości fałdów, zmiany zabarwienia śluzówki, większe i mniejsze erozje, owrzodzenia, wrzody, nowotwory i td., — stać się musi gorącym zwolennikiem tej metody.

Z dnia na dzień mnoży się też liczba klinik wewnętrznych, które nabywają ten

gastroskop w celach rozpoznawczych i dydaktycznych (II Klinika wewnętrzna Wiedeńska, kliniki w Berlinie, Greifswaldzie, Marburgu i t. d.). Sam również jestem głęboko przekonany, że gastroskopja przy pomocy giętkiego gastroskopu ma dużą przyszłość przed sobą, i że możliwie szybkie wprowadzenie tej metody do kliniki jest rzeczą ze wszech miar pożądaną.

3) Fotografowanie żołądka (gastrophotographia).

Jednocześnie z ezofagoskopją i gastroskopją uprawiałem gastrofotografję. Metodę tę uprawia obecnie we Wiedniu prof. Porges oraz dr. Ehrentheil. Porges posługuje się przyrządem oryginalnym, skonstruowanym na II. Klinice Wewnętrznej Uniw. Wiedeńskiego przez dr. Heilperna i inż. Backa. Ehrentheil zaś, pracujący oddzielnie, wprowadził pewną niewielką zmianę, która ma umożliwić osiąganie bardziej wyraźnych zdjęć śluzówki żołądka.

Nie mogę wdać się tutaj w dokładny opis tych przyrządów. Zaznaczam tylko, że porównywując zdjęcia, wykonane przy pomocy przyrządu jednego i drugiego typu, przyszedłem do wniosku, że zdjęcia te są mniej więcej jednakowe. Wobec tego przyrządowi Heilperna i Porgesa należy oddać pierwszeństwo, jako zupełnie bezpiecznemu, podczas gdy „gastrofotografem" Ehrentheila można w pewnych okolicznościach spowodować uszkodzenie śluzówki żołądka.

Pracę moją nad opanowaniem teoretycznem i praktycznem gastrofotografji prowadziłem tedy na klinice Porgesa. Porges sam zakładał gastrofotograf w mojej obecności. Nie przedstawia to żadnej trudności, gdyż wprowadzenie gastrofotografu nie różni się niczem od zwykłego zgłębnikowania żołądka. Również wykonanie zdjęcia sprowadzone jest do najprostszych rękoczynów. Natomiast o wiele trudniejsze jest opanowanie techniki zakładania i wykańczania filmów fotograficznych, ich powiększania i t. d. Tych rzeczy czysto technicznych uczyłem się u specjalisty, pana Schramma, laboranta prof. Porgesa, poświęcając tej sprawie godzinę dziennie w ciągu 10 dni.

Zasób moich wiadomości i umiejętności w dziedzinie gastrofotografji miałem sposobność znacznie powiększyć w innych ośrodkach, jako to w Lyonie, Paryżu i Brukseli.

W Lyonie gastrofotografję uprawiają na szerszą skalę dr. Bernay i jego szef doc. Garin. Na Klinice Wewnętrznej Uniwersytetu Lyońskiego założyli oni specjalną przychodnię gastrofotograficzną, w której systematycznie uprawiają dwa razy w tygodniu gastrofotografję. Posługują się oni wyłącznie przyrządem oryginalnym Heilperna-Porgesa. Trudno oprzeć się wrażeniu, że pod względem techniki fotografowania, wyrazistości zdjęć śluzówki i t. d. prześcignęli oni bodaj klinikę wiedeńską. Posiadają też oni bardzo obfity materjał kliniczny i znaczną liczbę zdjęć (m. inn. pochodzących z kliniki profesora Tempki w Krakowie) zebranych we wcale okazałym albumie. Z wyników swojej pracy dotychczasowej dr. Bernay zdał dokładnie sprawę w monografji, ogłoszonej w r. 1932.

Główny autor metody gastrofotografji, dr. Heilpern, pracuje obecnie w Paryżu razem z rentgenologiem Porcherem na klinice chirurgicznej prof. Duvala. Heilpern wykonywuje gastrofotografję niemal codziennie. Ponieważ wyrazistość zdjęć śluzówki zależy m. inn. od tego, czy żołądek został przed założeniem gastrofotografu dokładnie opróżniony, Heilpern zastosował przyrząd specjalny, dzięki któremu udaje się przy pomocy pompy elektrycznej ssąco-tłoczącej opróżnić żołądek niemal „do ostatniej kropli", przyczem nie zachodzi obawa najlżejszego nawet uszkodzenia śluzówki. Zdjęcia, wykonane przez Heilperna, są naogół dość wyraziste, tem niemniej i one nie są wolne od tych zasadniczych usterek gastrofotografji, o których mowa poniżej.

W Brukseli gastrofografję uprawia dr. Spehl, chirurg. Zarówno pod względem liczby, jako też jakości zdjęć, przezeń wykonanych, ustępuje on znacznie Bernayowi lub Heilpernowi.

W Anglji kilku internistów jest w posiadaniu t. zw. gastrofotoru, czyli przyrządu patentowanego, wykonanego przez inż. Backa, który, jak powyżej wspomniałem, pracował dawniej razem z Heilpernem i stworzył podwaliny gastrofotografji. Z powodów, które tutaj wyłuszczać nie widzę potrzeby, Heilpern i Back rozeszli się przed paru laty. Każdy oddzielnie kontynuował pracę nad ulepszeniem tej metody. Przyrząd Backa, nazwany przezeń „gastrofotorem" różni się pod wzglę-

dem optyki, źródeł światła i t. d. dość znacznie od obecnej postaci przyrządu Heilperna, gastrofotografu. Jednakże i przy użyciu gastrofotoru nie można uniknąć zasadniczych wad gastrofotografji w obecnym okresie jej rozwoju, a mianowicie:

a) Braku naturalnego zabarwienia śluzówki, wskutek czego zdjęcia nie są w stanie wykazać całego szeregu zmian ukrwienia, unaczynienia i t. d. śluzówki.

b) Niemożności dokładnego określenia kształtu i wielkości stwierdzonych zmian.

c) Zbyt małej powierzchni filmów, która powoduje w następnem powiększeniu znaczne zniekształcenie fałdów i wogóle reljefu śluzówki.

d) Trudności dokładnej orjentacji co do umiejscowienia ewentualnie stwierdzonych zmian.

e) Stosunkowo znacznych technicznych trudności przy wywoływaniu i powiększaniu filmów, co powoduje, że każde zdjęcie wymaga paru godzin pracy odpowiednio wyszkolonego współpracownika.

f) Częstego otrzymywania zupełnie „zamazanych" wzgl. „niewyraźnych" zdjęć.

g) Znacznej trudności „odczytywania" otrzymanych zdjęć, wskutek czego jedynie lekarz, posiadający duże doświadczenie w tej dziedzinie, jest w stanie z pewnością odróżnić niektóre owrzodzenia, wrzody, zmiany zapalne śluzówki od przypadkowych „fizjologicznych" zniekształceń obrazu śluzówki, spowodowanych przez pewne własności samej metodyki.

h) Last not least znacznych kosztów, połączonych z nabyciem gastrofotografu, odpowiedniego akkumulatora etc.

Tem niemniej pragnąłbym zaznaczyć, że sam pomysł tej nowej metody badania żołądka zasługuje na uwagę. Przedewszystkiem łatwość wprowadzania przyrządu do żołądka, zupełne bezpieczeństwo tego zabiegu, wreszcie możność utrwalenia obrazu istniejących zmian śluzówki na zdjęciu — uznać należy za wielkie zalety metody. Pozatym należy wspomnieć, że tak Heilpern, jak i Porges, Ehrentheil oraz Bernay mogą wykazać się pojedyńczemi znacznemi sukcesami tej metody, albowiem w poszczególnych, acz nielicznych przypadkach udało się przy pomocy gastrofotografji wykryć wrzód wzgl. rak żołądka jeszcze, zanim rentgenoskopja lub inne metody badania były w stanie wykazać te sprawy chorobowe.

Na podstawie dokładnego rozważenia wad i zalet gastrofotografji przychodzę do wniosku, że metoda ta zasługuje na dalszą uporczywą pracę w kierunku jej udoskonalenia, że jednak w obecnej nowej swej postaci nie nadaje się jeszcze ona do szerszego zastosowania nietylko w praktyce prywatnej, lecz także w klinice.

4) Wziernikowanie jamy brzusznej (laparoskopja).

Laparoskopja jest naogół metodą mało stosowaną. Jedynie Kalk w Berlinie stosuje ją na nieco szerszą skalę. Przy pomocy przyrządu własnej konstrukcji udaje mu się stwierdzić nieraz obecność i kształt zrostów otrzewnowych, guzków rakowatych lub gruzełków na otrzewnej i t. d. Laparoskop Kalka wydaje się istotnie być przyrządem pożytecznym na klinice, zwłaszcza w niektórych przypadkach o wątpliwem rozpoznaniu. Posługiwanie się nim wymaga jednak znacznej wprawy i ostrożności.

5) Metoda rozszerzania zwężeń przełyku.

Rozszerzanie zwężeń lub stale skurczonych odcinków przełyku oraz wpustu przy pomocy rozszerzaczy (dilatatorów) różnej konstrukcji jest naogół uprawiane przez chirurgów. Tem niemniej również interniści zwłaszcza Katsch i inni, stosują tę metodę w odpowiednich przypadkach. Rozszerzacz typu Katscha jest przyrządem naogół bezpiecznym. Jak mogłem się przekonać naocznie oraz na podstawie danych statystycznych, uzyskuje się rzeczywiście przy pomocy dilatatora Katscha w bardzo znacznym odsetku przypadków kurczów długotrwałych i uporczywych, nie ustępujących przy żadnem innem leczeniu, wyniki dobre i trwałe. Przyrząd ten zasługuje też, zdaniem mojem na wprowadzenie do kliniki wewnętrznej.

6) Zachowawcze leczenie guzów krwawnicowych.

Leczenie guzów krwawnicowych przy pomocy systematycznych, miejscowych wstrzykiwań różnych środków leczniczych, barwików i t. d. uprawiane jest w dalszym ciągu na dość rozległą skalę w niektórych oddziałach wewnętrznych Austrji, Niemiec (szkoła Boasa), a przedewszystkiem Francji, zwłaszcza na klinice Carnota (dr. Friedel), na oddziale Bensaude'a i t. d.

Interniści, wykonywujący te zabiegi, odznaczają się wielką wprawą i dużem doświadczeniem w tej dziedzinie. Chorzy znoszą te zabiegi dobrze, i wyniki lecznicze są wcale dobre. Sądzę, że w dobrze urządzonej przychodni gastrologicznej zabiegi te mogą i powinny być uprawiane, przynoszą bowiem dużą ulgę odnośnym chorym i w znacznym odsetku przypadków zastępują w zupełności radykalną interwencję chirurgiczną.

Dział II.

Zwiedzanie klinik i oddziałów wewnętrznych.

1) Wiedeń.

We Wiedniu zwiedziłem kliniki wewnętrzne Chvosteka, Jagić'a (dawniej Ortner'a) Wenckebacha (czasowo kierowaną przez O. Porgesa) oraz szpital prywatny Childa (kierownik: dr. Edelmann).

Z klinik wewnętrznych na pewną uwagę zasługuje głównie Druga (b. Wenckebacha), mieszcząca się w gmachu stosunkowo nowym i zaopatrzonym w różne nowoczesne urządzenia laboratoryjne, rentgenowskie i liczne ambulatorja. Jednakże zaznaczyć muszę, że również w klinice Wenckebacha nie zauważyłem jakichś wybitnych, oryginalnych cech czy to w procedurze przyjmowania lub badania chorych czy też w spostrzeganiu lub leczeniu chorych. Brałem udział w kilku obchodach chorych przez głównych pracowników kliniki (prof. Porgesa, prof. Eljasa, doc. Hitzenbergera i t. d.). Ani dokładność spostrzegania, ani różnorodność badań pomocniczych, ani też kierunek leczenia nie odbiega naogół od zasad II. Kliniki Chor. Wewn. prof. Orłowskiego, której mam zaszczyt być współpracownikiem.

Niektóre stosunkowo nieliczne cechy charakterystyczne organizacji klinik, ambulatorjów i odziałów szpitalnych wiedeńskich, spostrzeżone przezemnie, dadzą streścić się zwięźle, jak następuje:

a) Na każdego asystenta przypada znaczna liczba chorych (około 20 — 30). Dotyczy to zwłaszcza asystentów starszych wiekiem i doświadczeniem.

b) W swoim materjale klinicznym każdy asystent ma zasadniczo chorych ze wszystkich dziedzin medycyny wewnętrznej, co, oczywiście, nie przeszkadza mu zebrać w razie potrzeby większą liczbę przypadków szczególnie interesującej go postaci chorobowej. Natomiast

c) ambulatorja kliniczne odznaczają się daleko idącą specjalizacją: tak np. istnieje obok licznych ogólnych przychodni dla chorób narządów wewnętrznych szereg ambulatorjów specjalnych dla chorób serca, płuc, narządów trawienia i t. d. Przychodnie te kierowane są wyłącznie przez najwybitniejszych współpracowników danej kliniki przy czynnym współudziale młodszych kolegów.

d) W „Allgemeines Krankenhaus", w którym mieści się większość klinik uniwersyteckich, istnieje ponadto t. zw. „sala docentów". W ściśle określonych dniach i godzinach przyjmują tam docenci, profesorowie tytularni i nadzwyczajni różnych działów interny, chirurgji, laryngologji i t. d. Zasługuje na uwagę, że obok chorób serca i płuc, znaczna liczba godzin tygodniowo poświęcona jest ambulatoryjnemu badaniu chorych, dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego.

e) Również w przychodniach różnych nieuniwersyteckich szpitali wiedeńskich przeprowadzona jest dość ścisła specjalizacja, przyczem każdy ambulans czy to phthisio-, czy to cardio-, czy też gastrologiczny prowadzony jest przez wybitnego fachowca, najczęściej profesora lub docenta.

f) Przychodnie phthisio-, cardio- i gastrologiczne, tak kliniczne, jak i szpitalne zaopatrzone są w liczne nowoczesne urządzenia i przyrządy oraz pracownie podręczne. Ponadto są one w ścisłym kontakcie z różnemi pracowniami i zakładami rentgenowskiemi odnośnych klinik lub szpitali.

g) Djetetyczne odżywianie chorych klinicznych przeprowadzone jest na nieco odmiennych podstawach technicznych, niż u nas. Sprawę tę omówię nieco obszerniej poniżej w łączności z kliniką Naegeli'ego i oddziałem szpitalnym H. Straussa.

Prywatny szpital Childa, kierowany przez dra Edelmanna jest w pewnym stopniu placówką lekarską polską na terenie Wiednia. W dużym czteropiętrowym gmachu mieści się oddział chorób wewnętrznych (prymarjusz: dr. Edelman) i chirurgiczny (prym.: prof. Mandl) zakład rentgenowski (prym.: doc. Fleischner) liczne urządzenia fizykoterapeutyczne, szereg pracowni, jako to chemiczna i fizycznochemiczna (prym.: prof. Silberstein), o-

gólno-biologiczna i bakterjologiczna. Zwłaszcza dział bakterjologiczny, ściśle współpracujący z oddziałem wewnętrznym, przyczynia się do szczegółowego i ścisłego rozpoznawania oraz celowego leczenia szeregu przypadków przewlekłych na tle zakaźnym.

2) **Zurich.**

Klinika wewnętrzna prof. Naegeli'ego w Zurichu jest pod niektóremi względami szczególnie godna uwagi. Klinika obliczona jest na 240 łóżek, ma 9 asystentów internistów ogólnych, jednego kardjologa, jednego urologa i jednego neurologa. Z góry byłem przygotowany nato, że w klinice Naegeli'ego badanie i leczenie chorób krwi stoi w ośrodku zainteresowań szefa i współpracowników. Rzeczywiście liczba odnośnych chorych na klinice, skrupulatność badania morfologicznego i t. d. krwi potwierdziły moje przypuszczenia. Zasługuje też na wzmiankę wielki zbiór tysięcy preparatów krwi, posegregowanych według rozpoznania klinicznego. Preparaty krwi, zrobione na klinice w każdym poszczególnym przypadku chorobowym, umieszcza się po starannem zabezpieczeniu od zepsucia oraz utrwaleniu w odpowiedniej grupie, i mogą one być oglądane i badane po szeregu lat.

Bardzo racjonalnie postawiona jest sprawa djetetyki. Zarządza działem djetetycznym adjunkt kliniki łącznie ze starszą pielęgniarką, przełożoną kuchni djetetycznej. Kuchnia ta jest zupełnie odseparowana od ogólnej kuchni szpitalnej. Zajmuje ona szereg pokojów i 2 większe sale. Przy wejściu oddzielny pokój do pokazów i nauczania przyszłych kucharek. Tutaj odbywają się djetetyczne wykłady teoretyczne adjunkta klinki, oraz ćwiczenia kuchenne, prowadzone przez dyplomowane, wykształcone kucharki. Zasadniczo kuchnia nastawiona jest na przygotowanie codzień kilku podstawowych pokarmów, przeznaczonych dla chorych nerkowych, cukrzycowych, chorych na niedokrwistość, na wrzód trawienny, na chorobę Basedowa, gruźlicę, dla ozdrowieńców i t. d. Lekarz ordynujący zapisuje codzień dla każdej grupy chorych na oddzielnym, różnobarwnym blankiecie ilość gramów białka, węglowodanów, tłuszczów oraz płynów, soli, przypraw i t. d. przeznaczonych dla poszczególnych chorych. Zarządzająca kuchnią przelicza zaordynowaną liczbę gramów na poszczególne potrawy, przygotowane danego dnia na kuchni djetetycznej, przyczem co do rodzaju tych potraw uwzględnia w najszerszej możliwej mierze osobiste życzenia i upodobania każdego chorego. Przypadki, wymagające specjalnego odżywiania, traktowane są indywidualnie i dla nich przygotowuje się jedzenie ściśle według szczegółowych przepisów lekarza. Jak mogłem osobiście przekonać się, jedzenie jest nietylko przyrządzone nader czysto i higjenicznie, lecz także bardzo smaczne i ładnie podane.

Wszelkie badania morfologiczne, bakterjologiczne, histopatologiczne i t. p. klinika przeprowadza we własnych pracowniach podręcznych. Natomiast laboratorja chemiczne i fizyczno-chemiczne mieszczą się w oddzielnym (dwupiętrowym) gmachu, a na czele tych laboratorjów stoi znany uczony doc. Herzfeld. Również wszystkie oddziały pracowni mają za kierowników wybitnych fachowców chemików i fizyko-chemików. Poszczególne oddziały pracowni przeprowadzają wszystkie badania chemiczne i fizyczne soków, wydzielin i wydalin ustroju i t. d. nietylko dla kliniki wewnętrznej, lecz także dla wielu innych klinik i szpitali Zurichu oraz licznych miast Szwajcarji. Różne oddziały kliniczne i szpitalne Szwajcarji nadsyłają do pracowni codzień po paręset próbek moczu, krwi, kału, płynu mózgowo-rdzeniowego i t. d. z załączonemi różnokolorowemi schematami, w których podany jest pożądany rodzaj badania oraz wymienione są szczegóły, dotyczące odnośnego przypadku. Badania zostają wykonywane bezzwłocznie przez liczne laborantki pod kierownictwem i nadzorem lekarza. Odpowiedź pracowni zostaje wysłaną natychmiast po uzyskaniu wyników. W pracowni pozostają odpisy, które mieszczą się w obszernych kartotekach. W ciągu roku 1932 liczba badań przekroczyła 132.000.

Obok tej pracy codziennej w pracowni przeprowadza się liczne badania naukowe z zakresu chemji biologicznej i fizycznej. Herzfeld i jego współpracownicy pracują obecnie głównie nad fizyczno-chemicznym stanem białek krwi, t. j. albuminy, globuliny i t. d. Z metod fizyczno-chemicznych stosują najbardziej refraktometrję i wiskozymetrję. Również napięcie powierzchniowe cieczy ustrojowych jest badane bardzo skrupulatnie, a to przy pomocy spe-

cjalnego tenzjometra, którego zasada poda polega na mierzeniu pracy, wykonywanej przez prąd powietrza, zdolnego wywołać stwierdzalne wgłębienie na powierzchni danej cieczy. Herzfeld zbudował ostatnio także tyndalometr (t. j. przyrząd do określania zawartości ciała koloidowego np. białka i t. p. na podstawie natężenia opalescencji danego środowiska) własnego pomysłu. Tyndalometrem tym także można m. inn. określić ilościowo zawartość w moczu urobiliny, strąconej metodą Schlesingera.

Obecnie Herzfeld pracuje dużo nad zastosowaniem metod fizyczno-chemicznych do mierzenia siły trawiennej soku żołądkowego. Przy pomocy jego tyndalometra udaje mu się wykrywać i mierzyć zdolność peptyczną takich nawet soków żołądkowych, które na podstawie metod dotychczasowych należałoby uznać za bezwzględnie pozbawione wszelkiej mocy trawiennej.

Godny jest wzmianki sposób odbiałczania cieczy ustrojowych a także metoda określania zawartości cukru we krwi, stosowane w pracowni zurichskiej. Otóż, odbiałczanie uskutecznia się wyłącznie wyskokiem. Do 5 cm^3 surowicy i t. p. dodaje się około 15 — 20 cm^3 90%-owego wyskoku, gotuje się na łaźni wodnej i przesącza się na gorąco. Określanie stężenia cukru we krwi odbywa się wyłącznie grawimetrycznie, a mianowicie, metodą fenyl-hidrazynową. Metoda ta jest nader czuła (dokładność dochodzi do 0,0002% t. j. do 0,2 mg.%).

3) Bern Szwajcarski.

Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu Berneńskiego, dawniej Sahli'ego, obecnie v. Freya, obliczona jest na 120 chorych. Asystentów etatowych jest 5-ciu włącznie z adjunktem, wolontarjuszów zaś niema wcale (przynajmniej nie było ich wcale w r. 1932). Klinika wywarła na mnie wrażenie raczej ujemne. Gmach stary i zapuszczony, sale chorych nieodpowiednie, laboratorja kliniczne mieszczą się poczęści w kurytarzach, poczęści w pokojach, niedostatecznie zaopatrzonych w niezbędne urządzenia laboratoryjne i t. d. Z urządzeń klinicznych na poziomie wysokim stoi lecznictwo fizykalne, stosowane w szerokim zakresie. Tutaj wymienię diatermję, następnie przegrzewania całego ciała krótkiemi falami elektrycznemi (5—30 metrów), uskuteczniane przy pomocy nowego przyrządu firmy Sanitas, aparat Zeileisa, którym, według zdania współpracowników kliniki, osiąga się szybki spadek ciśnienia w przypadkach nadciśnienia, kąpiele elektryczne (ogólne w wodzie słonej oraz czterokomorowe), celową galwanizację i faradyzację leczniczą i t.d. Klinika Zurichska posługuje się też wodolecznictwem w szerokim zakresie i w rozmaitej postaci, m. inn. także podwodnemi przemywaniami jelita grubego ciepłą wodą lub rozczynami wodnemi o stałej temperaturze i t. d.

Do mierzenia podstawowej przemiany materji posługuje się klinika Berneńska, jak zresztą wiele innych klinik zachodnio-europejskich, wyłącznie przyrządem Knipinga. Specjalne urządzenia umożliwiają wykonanie przez chorych pewnej standaryzowanej pracy o ściśle określonej liczbie kilogramometrów, poczem mierzy się przemianę materji wypoczynkową („Erholungsumsatz"), co umożliwia osiągnięcie dokładniejszego wglądu w nastawienie metabolizmu badanego chorego.

Dla celów głównie dydaktycznych klinika Freya posługuje się nowym typem elektrokardjografu, połączonego z kardjofonografem według Stoppani'ego. Dla badań naukowych oraz dla celów djagnostycznych w zakresie zaburzeń krążenia klinika Freya posługuje się znanym, pomysłowym przyrządem Kratza do mierzenia objętości rzutowej i minutowej serca.

4) Lyon.

Dotychczasowe kliniki i oddziały wewnętrzne Lyonu są niemal wszystkie mocno przestarzałe i pod żadnym, bodaj, względem nie mogą służyć przykładem dla klinik naszych. Wręcz inaczej rzecz przedstawiać się będzie z chwilą wykończenia szpitala Grange-Blanche na przedmieściu Lyonu. Szpital ten, w którym mieścić się będą wszystkie kliniki, buduje miasto przy wybitnem poparciu skarbu olbrzymim kosztem 200 miljonów franków. Dzięki uprzejmości naczelnego intendenta szpitala miałem możność obejrzenia wykańczanych budynków szpitalnych, pracownianych i t. d. Naogół budynków tych, wcale pokaźnych, jest 16. Będą one urządzone według ostatniego wyrazu szpitalnictwa nowoczesnego z jednej strony i wymogów celowego nauczania studentów i młodszego per-

sonelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego z drugiej strony. Sale i pokoje chorych są wysokie, dostatecznie obszerne, o jednakowych standaryzowanych rozmiarach, które można zmieniać w miarę potrzeby przez przesuwanie ruchomych ścian bocznych, dobrze wentylowane, zaopatrzone w rzęsiste światło dzienne i nierażące oświetlenie nocne (wyłącznie boczne), wodę itd. Przy każdej sali oddzielna, dobrze zaopatrzona pracownia podręczna, pokój do badań i t. d. Kuchnie szpitalne, ogólne i djetetyczne, apteka, pracownie rentgenowskie, instalacje hidro-, fizyko-, elektroterapeutyczne i t. d. po wykończeniu ostatecznem będą chyba najbardziej wzorowe w Europie. Wszystkie budynki szpitalne są połączone rozległą siecią kurytarzy podziemnych, dzięki czemu przenoszenie chorych z jednego oddziału do drugiego odbywać się może w każdą pogodę bez żadnego uszczerbku dla chorych. Dla wygody studentów i lekarzy, pracujących w szpitalu, istnieje podziemny kurytarz, który łączy cały teren szpitalny z olbrzymim gmachem Faculté de Médécine, niedawno oddanym do użytku Wydziału Lekarskiego. Gmach ten, a raczej zespół gmachów, został wybudowany dzięki hojnej fundacji Rockefellera (40 miljonów franków). Mieszczą się w nim dziekanat, wszystkie biura i zakłady naukowe, należące do wydziału. Urządzenie sal wykładowych i kursowych dla studentów i lekarzy, pracowni naukowych i t. d. wykazują celowość i praktyczność, nie spostrzeganą przezemnie dotychczas w żadnym z ośrodków uniwersyteckich Europy. Wobec ogromnej liczby tych nowoczesnych instalacji, wzorowanych w znacznej mierze na najprzedniejszych wydziałach lekarskich Stanów Zjednoczonych, uważam za bezcelowe pobieżne nawet ich wymienianie i ograniczam się do wskazania odnośnego artykułu, który ukazał się roku ubiegłego w Presse Médicale.

5) **Paryż.**

W klinikach i oddziałach wewnętrznych szpitali paryskich nie zauważyłem naogół wyraźnych ulepszeń organizacyjnych lub inwestycji w porównaniu do stanu z przed 10 lat. Uderza jedynie daleko idąca specjalizacja przychodni wewnętrznych oraz duża liczba wykładów i ćwiczeń klinicznych i poliklinicznych, poświęconych poszczególnym głównym działom medycyny wewnętrznej, jako to chorobom płuc, serca, przewodu pokarmowego i przemiany materji. Oddzielne godziny przyjęć z tych działów medycyny wewnętrznej istnieją niemal w każdej klinice wewnętrznej i w każdym większym szpitalu. Pod tym względem Paryż a także i Lyon, nie różniłyby się zresztą od innych ośrodków lekarskich Europy Zachodniej, gdyby nie sam charakter niektórych przychodni gastrologicznych większych klinik wewnętrznych. Chodzi o to, że w tych przychodniach uprawiane są przez specjalistów — gastrologów, właściwie internistów, liczne zabiegi, wchodzące już w zakres chirurgji. Tak np. na klinice Carnota, asystent jego, dr. Friedel, przeprowadza leczenie przetok około-odbytniczych, przy pomocy termokaustyki lub diatermji, usuwa polipy i brodawczaki prostnicy, nie mówiąc już o leczeniu guzów krwawnicowych wstrzykiwaniami miejscowemi, pęknięć (fissurae ani) i t. p.

O ile stwierdzić tu musimy na odcinku gastroenterologji pewne zbliżenie się kliniki wewnętrznej do metod postępowania chirurgji, to z drugiej strony spostrzega się w Paryżu również zjawisko, wręcz przeciwne, mianowicie: w zakresie gastroenterologji przodujące kliniki chirurgiczne usiłują zbliżyć swe metody badania i wielokroć także leczenia do zasad medycyny wewnętrznej. Tak np. w klinice Duvala istnieje przychodnia gastrologiczna bardzo uczęszczana, prowadzona naprzemian po dwa razy tygodniowo przez wybitnych internistów gastrologów J. Ch. Roux'a i Fr. Moutiera, do których dyspozycji stoi m. inn. pracownia, kierowana przez znanego badacza w dziedzinie zaburzeń trawienia, Goiffona. Na klinice chirurgicznej Gosseta przychodnię gastrologiczną prowadzi internista Guttman.

Wszyscy ci gastrologowie są na etacie odnośnych klinik chirurgicznych. Zasadą, ściśle przestrzeganą przez Duval'a, a zwłaszcza Gosseta, jest ta, że każdy chory, zgłaszający się do kliniki z dolegliwościami w obrębie jamy brzusznej, jest wszechstronnie badany przez gastrologa internistę, który przeprowadza wzgl. poleca przeprowadzenie wszystkich wskazanych badań klinicznych, pracownianych, rentgenowskich i t. d., oraz ustala rozpoznanie i ewentualne wskazania chirurgiczne. Dopiero na podstawie orzeczenia internisty-gastrologa, chirurg przeprowadza wskazany zabieg chirurgiczny. Leczeniem po-

operacyjnem, z wyjątkiem czysto chirurgicznych zabiegów, jako to opatrunków i t. p., również kieruje internista-gastrolog. Pod jego też obserwacją pozostają chorzy przez dłuższy czas po operacji, jak również chorzy, wymagający leczenia zachowawczego.

Podczas godzin przyjęć w przychodniach Gutmanna, Moutiera lub Roux'a obecnych jest stale kilku do kilkudziesięciu nawet lekarzy z całego świata, przysłuchujących się wywodom tych znanych gastrologów. Każdy przypadek zostaje mniej lub więcej dokładnie zbadany i omówiony. Lekarz ordynujący komunikuje słuchaczom wynik badania rozmaitych wydzielin danego chorego, demonstruje zdjęcia rentgenowskie, rozstrząsa sprawę różniczkowego rozpoznania, rokowania i leczenia. Gutmann kładzie szczególny nacisk na dokładny rozbiór zdjęć rentgenowskich i na sztukę umiejętnego odczytywania tych zdjęć przez fachowca gastrologa. Zdjęcia z każdego przypadku są przechowywane skrzętnie, posegregowane według rozpoznań, razem z uwagami, dotyczącemi wywiadów, przebiegu choroby, wyników ewentualnego zabiegu operacyjnego, dalszych losów chorego i t. d. W ciągu obserwacji w danej przychodni chory od czasu do czasu poddaje się ponownemu badaniu rentgenowskiemu. W ten sposób osiąga się z jednej strony ciągły wgląd w stan przedmiotowy chorego i możność celowej i wczas przedsięwziętej interwencji, a z drugiej strony zbiera się materjał obserwacyjny bardzo wartościowy. Nie dziw też, że Gutmann był w stanie ogłosić przed paru miesiącami wielką dwutomową monografję o samych chorobach narządów nadbrzusza, zaopatrzoną w ogromną liczbę doskonałych zdjęć rentgenowskich, protokułów operacyjnych i t. d.

6) **Londyn.**

W Londynie zwiedziłem klinikę wewnętrzną Medical School Hospital. Urządzenie sal klinicznych, pokojów oddzielnych dla chorych, pracowni podręcznych i td. nie wykazuje jakichś wyraźniejszych odchyleń lub inowacji w porównaniu do klinik kontynentu. Natomiast zakłady rentgenowskie rozporządzają szeregiem najnowszych przyrządów zarówno do celów rozpoznawczych, jako też leczniczych. Maszyny są stale uzupełniane, co parę lat zamienia się typy dawniejsze na nowe i t. d. Również elektrokardjografy, kardjofonografy, przyrządy do fizyko- i balneoterapji i t. p. są najnowszej konstrukcji.

Na nader wysokim poziomie stoi sprawa pielęgnowania chorych, uprawiana wyłącznie przez panie o średniem, a niekiedy nawet wyższem wykształceniu ogólnem, wyszkolone w szkołach pielęgniarstwa, doskonale zaopatrzonych i prowadzonych.

W Medical School istnieje piękne muzeum różnych złogów (nerkowych, żółciowych, jelitowych i t. d.), nowotworów ludzkich i innych preparatów anatomopatologicznych. Godna wzmianki jest także obszerna dwupiętrowa komfortowo urządzona bibljoteka i czytelnia

Obfite środki materjalne kliniki Medical School pochodzą głównie z dotacji prywatnych, nieraz bardzo hojnych. Jednakże ta zależność klinik i szpitali od dobrej woli poszczególnych osób ma pod względem moralnym pewne, bezsprzecznie, ujemne cechy, odczuwane, jak odniosłem wrażenie, z pewną przykrością przez personel lekarski.

7) **Bruksela.**

W Belgji zwiedziłem klinikę wewnętrzną i niektóre oddziały wewnętrzne szpitala Brugmann w Brukseli. Jest to najnowszy szpital Belgji, wybudowany po wojnie światowej. Urządzenie sal i pokojów dla chorych odpowiada istotnie wszelkim wymogom szpitalnictwa nowoczesnego. Obok każdej sali chorych znajduje się niewielka pracownia podręczna, gdzie lekarze oddziałowi we własnym zakresie wykonywują wszelką bieżącą pracę laboratoryjną, zarówno chemiczną, jako też bakterjologiczną, serologiczną i t. d. Natomiast wszelkie badania doświadczalne są na klinikach niedopuszczalne, lecz przeprowadza się je wyłącznie w Faculté de Médecine albo też w t. zw. „Wielkiej Pracowni“ („Grand Laboratoire“), o której będzie mowa poniżej.

Z urządzeń ogólno-szpitalnych wspomnę jeszcze o „salles de garde“. Otóż w gmachu ambulatorjum szpitalnego mieści się niewielki oddział kliniczny, do którego lekarze przychodni kierują chorych, przeznaczonych do leczenia szpitalnego. W tych salles de garde chorzy przebywają zazwyczaj tylko jedną dobę. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych i najprostszych badań pracownianych kierownik

ambulatorjum odsyła chorych do właściwych oddziałów szpitalnych. Nawiasem wspomnę, że i w paru innych większych szpitalach zachodnio-europejskich (m. in. także w nowobudującym się szpitalu Grande Blanche w Lyonie p. w.) istnieją tego rodzaju większe lub mniejsze salles de garde.

8) **Berlin.**

W Berlinie miałem sposobność zwiedzić szczegółowiej II. Klinikę Chorób Wewnętrznych, przychodnię Polikliniki Wewnętrznej Un. Berl. tudzież Oddział chorób wewnętrznych Szpitala żydowskiego. Oddziały wymienione interesowały mnie szczególnie, gdyż znałem je jeszcze przed wojną światową, jako student Uniwersytetu Berlińskiego.

W II. Klinice Chorób Wewnętrznych (obecnie Bergmanna, dawniej Fr. Kraussa), jak również w Poliklinice U. B. (dawniej i obecnie Goldscheidera) naogół niewiele się zmieniło. Oczywiście, są nowe elektrokardjografy i inne urządzenia bardziej nowoczesne, jest parę nowych pracowni naukowych, każda urządzona wyłącznie dla potrzeb poszczególnych wybitniejszych pracowników kliniki (prof. Bergmanna, prof. Kaufmanna, doc. Kalka i t. d.). Tem niemniej trudno oprzeć się wrażeniu, że postęp głównie wyraził się w znacznem udoskonaleniu i rozbudowie badania i leczenia rentgenowskiego, co klinika ta zawdzięcza swemu byłemu kierownikowi zakładu rentgenowskiego, Bergowi.

O wiele bardziej zaznaczają się zmiany ku lepszemu w oddziale chorób wewnętrznych prof. H. Straussa. Oddział, jak również cały Szpital żydowski w Berlinie, mieści się obecnie w nowych gmachach, wybudowanych w ciągu ostatnich lat kilkunastu. Oddział Straussa obliczony jest na 150 chorych, podzielonych na 3 kategorje: 1) Oddział prywatny (Privatstation) dla prywatnych chorych prof. Straussa z klasą I i II, 2) oddział pośredni (Mittelstation), w którym chorzy płacą pewną ściśle określoną kwotę ryczałtową dziennie za odżywianie i wszystkie zabiegi lecznicze, i wreszcie 3) oddział ogólny, pozostający na zwykłych warunkach szpitalnych. Kierownictwo oddziału kładzie duży nacisk na czystość osobistą chorych. W specjalnym zakładzie kąpielowym, doskonale urządzonym i zajmującym znaczną część oddziału, wszyscy chorzy kąpią się przed przyjęciem i bardzo często podczas pobytu na oddziale. Prócz tego ogólnego zakładu kąpielowego oddział posiada oddzielny zakład wodoleczniczy, w którym przeprowadza się zalecone specjalne zabiegi wodolecznicze, jako to kąpiele tlenowe, kwasowęglowe, żywicowe, kilkugodzinne (t. zw. trwałe) kąpiele, różnego rodzaju prysznice, dusze szkockie i t. d., następnie masaże, leczenie gorącą parą lub powietrzem suchem i t. d. Szeroko stosowana jest diatermja, leczenie światłem niebieskiem wzgl. czerwonem i rozmaite inne zabiegi lecznicze fizykalne. Godne wzmianki jest elektryczne urządzenie dla długotrwałych „kroplówek", umożliwiające utrzymywanie stałej ciepłoty wprowadzanych płynów.

Rzecz jasna, że na oddziale Straussa kładzie się wielki nacisk na celowe djetetyczne odżywianie chorych. Istnieją zasadniczo 4 rodzaje djety: 1) „Prostacka" (grobe), 2) zwykła, 3) lekkostrawna i 4) szczególnie lekkostrawna. Pozatym rozróżnia się djetę 1) „żołądkowo-kiszkową a) z mięsem i b) bez mięsa, 2) cukrzycową, 3) nerkową, małosolną a) z mięsem i b) bez mięsa, oraz 4) djetę dla chorych na gruźlicę.

Chorzy jedzą 5 razy dziennie. Przy każdym rodzaju odżywiania podaje się pewną ustaloną przeciętną ilość ciepłostek, jednakże unika się szablonu, i ilość jedzenia uzależnia się od cech i życzeń danego osobnika. Każdy asystent oddziałowy wystawia codzień listę djetetyczną dla swoich chorych i wręcza ją adjunktowi oddziału, przyczem melduje mu o pewnych swoich życzeniach, odnoszących się do poszczególnych chorych. Adjunkt bierze udział w codziennych tak zw. naradach djetetycznych (Diätkonferenzen), w których skład wchodzą pozatym lekarz-kierownik kuchni, główna kucharka i intendent szpitalny. Zadaniem narad djetetycznych jest zadośćuczynienie życzeniom djetetycznym lekarzy ordynujących w ramach zasobów składu żywnościowego szpitala oraz posiadanych funduszów djetetycznych. Dzięki tej organizacji oddział prof. Straussa może, mojem zdaniem, istotnie chlubić się celowem, leczniczem odżywianiem swoich chorych.

Dział III.

O kilku czołowych zakładach biologicznych ogólnych oraz specjalnych, poświęconych badaniu raka, tudzież o szpitalach wzgl. oddziałach dla rakowatych.

Ponieważ od czterech lat przeprowadzam pewne badania doświadczalne i kliniczne z zakresu chemoterapji nowotworów złośliwych, uważałem za celowe zapoznać się w zachodnio-europejskich ośrodkach pracy naukowej: 1) z obecnemi metodami i kierunkami pracy doświadczalnej biologicznej wogóle i pracy nad rakiem w szczególności, 2) z organizacją szpitalnego leczenia chorych rakowatych, wreszcie 3) z wszelkiemi niechirurgicznemi metodami leczenia raka, stosowanemi w nowoczesnych oddziałach specjalnych dla chorych nowotworowych.

Pracę moją prowadziłem jednocześnie w tych 3 kierunkach, a mianowicie: w każdem zwiedzanem przezemnie mieście zwiedzałem zakłady naukowe, poświęcone nietylko badaniu raka, lecz także mikrobiologji w najszerszem tego wyrazu znaczeniu, oraz oddziały kliniczne wzgl. szpitalne dla rakowatych. Pośród zwiedzanych przezemnie zakładów naukowych ogólno - biologicznych zasługują przedewszystkiem na uwagę: 1) „Institut de Biologie physico - chemique" w Paryżu, 2) „Grand Laboratoire du Service National des Recherches Scientifiques" w Brukseli, 3) „Kaiser Wilhelm Institut für Zellphysiologie" w Berlinie, a z zakładów naukowych specjalnych, poświęconych doświadczalnemu badaniu raka — 4) „Institut du Radium et Fondation Curie" w Paryżu, 5) „Cancer Research Institute" w Londynie oraz 6) „Institut für Krebsforschung" w Berlinie.

Jest zgoła niepodobieństwem, bym w tem krótkiem sprawozdaniu zdołał przytoczyć wszystkie najważniejsze, bodaj, spostrzeżenia, jakie nasuwają się przy pobieżnem nawet rozejrzeniu się w tych 6-ciu wielkich siedliskach twórczej pracy naukowej. Muszę ograniczyć się do ogólników względnie do pojedyńczych sporadycznych uwag.

1) Institut de Biologie physico - chemique w Paryżu.

Institut de Biologie physico-chemique założony i utrzymywany przez Rotszylda, mieści się w dużym trzypiętrowym gmachu, wybudowanym przed paru laty. Na czele zakładu stoją słynni fizycy i fizykochemicy J. Perrin i Giraud. Poszczególnemi oddziałami kierują prof. Cahn, Wurmser i inni. Urządzenia wszystkich pracowni naukowych, pomieszczenia dla zwierząt doświadczalnych, liczba i jakość przyrządów wszelkiego rodzaju i t. d. stoją na najwyższym chyba poziomie wymogów nowoczesnych. Wszystkie ściany w pracowniach chemicznych są do samej góry wyłożone kaflami, usuwanie gazów odbywa się przy pomocy specjalnych, nader pomysłowych urządzeń elektrycznych, sale dla zabiegów doświadczalnych na zwierzętach są urządzone i zaopatrzone, jak sale operacyjne w najnowszych klinikach chirurgicznych, istnieje specjalna kuchnia dla zwierząt doświadczalnych, krematorjum dla zwierząt zabitych, doskonale urządzona oranżerja dla roślin doświadczalnych i t. d. Szereg przyrządów i instalacji oryginalnej konstrukcji, że wymienię tylko przyrządy do pomiarów stałej dielektrycznej płynów ustrojowych, do spektrofotometrji, do spektrografji promieni pozafjołkowych, zbiór narzędzi do zabiegów i wstrzykiwań mikro-chirurgicznych, przyrząd do przeprowadzania długotrwałego oddechu sztucznego u zwierząt doświadczalnych i t. d., następnie oddzielne pokoje o ściśle określonej stałej temperaturze zimnej lub ciepłej i t. d. i t. d., umożliwiają celową i skuteczną pracę doświadczalną w najrozmaitszych kierunkach. To też liczba pracowników naukowych Instytutu, pochodzących z różnych krajów Europy, Ameryki, Azji i t. d. jest znaczna, jakkolwiek ściśle określona. Odniosłem też wrażenie, że pracuje się tam gorliwie i nieutrudzenie. Jeszcze o godzinie ósmej wieczorem większość pracowni była czynna w pełni. Praca naukowa, o ile mogłem wywnioskować, dotyczy tak badań fizycznych, fizyczno - chemicznych, jak i czysto-chemicznych. Tak np. szereg pracowników chemików bada obecnie doświadczalnie sprawę równowagi w ustroju pomiędzy kwasem mlekowym a pyrogronowym (Brenztraubensäure) oraz pomiędzy kwasem octowym a aldehidem octowym i t. p.

2) „Grand Laboratoire" w Brukseli.

„Grand Laboratoire du Service National des Recherches Scientifique" w Bruk-

seli nie ustępuje bynajmniej pod względem celowości swych urządzeń Instytutowi Rotszylda w Paryżu. Grand Laboratoire znajduje się pod pieczołowitą opieką królowej Elżbiety. Królowa, wszechstronnie wykształcona córka znanego lekarza (księcia Teodora w Monachjum) stoi na czele Fonds National des Recherches Scientifiques, którego zadaniem jest zbieranie i odpowiednie rozprowadzanie funduszów na popieranie pracy naukowej. Dzięki obfitym środkom, dostarczanym przez ten Fundusz Narodowy, tudzież dzięki znacznym zapomogom ze strony rządu powstał przed rokiem obszerny gmach Grand Laboratoire. Gmach ten od wewnątrz nie jest jeszcze całkowicie wykończony, tem niemniej parę oddziałów już jest czynnych. Przewidziane są oddziały: fizyki, chemji, chemji fizycznej, chemji biologicznej, następnie dział bakterjologiczny, anatomo-patologiczny i fizjologiczny. Na czele zakładu stoi prof. Nolf, poszczególnemi zaś działami kierują względnie kierować będą znani fachowcy lekarze i nielekarze, przeważnie docenci uniwersytetów belgijskich. Liczni asystenci naukowi, wykształceni laboranci, wyspecjalizowani w poszczególnych działach pracy naukowej, mechanicy, technicy i t. d. dla wyrabiania lub natychmiastowej naprawy potrzebnych mniej lub więcej skomplikowanych przyrządów i instalacji uzupełniają sztab pracowników Zakładu. Wszyscy pracownicy otrzymują gażę od Funduszu Narodowego, pracownicy zaś naukowi mają ponadto jeszcze stypendja rządowe. Zasadniczo jednym z celów Grand Laboratoire jest umożliwienie lekarzowi klinicznemu przeprowadzenie badań naukowych razem z nielekarzami fachowcami w tej dziedzinie nauki, w której zakres wchodzi metodyka zamierzonych badań. Przy badaniach chemicznych różnych wydzielin, wydalin lub soków ustroju lekarz ma więc współpracować z fachowcem chemikiem, przy badaniach fizyko-chemicznych z fizyko-chemikiem i t. d. Ci stali pracownicy Grand Laboratoire, którzy są lekarzami, nie mogą uprawiać praktyki prywatnej, ani też pracować w oddziałach szpitalnych. Jeżeli im potrzeba chorych do badań, porozumiewają się z lekarzem klinicznym względnie szpitalnym. Lekarze kliniczni, chcący pracować eksperymentalnie, mogą przeprowadzać swoje doświadczenia li tylko w pracowniach Faculté de Médecine (nawiasem mówiąc również niedawno wybudowanym i doskonale zaopatrzonym) na oddziale fizjologicznym, chemiczno-biologicznym, farmakologicznym i t. d. pod kontrolą i kierunkiem danego profesora. Krew, różne wydaliny, wydzieliny i t. p. lekarze kliniczni przynoszą z oddziałów szpitalnych do tych pracowni. Jedynie najprostsze i najłatwiejsze badania, jako też pewne niezbędne wstępne przygotowanie przedmiotów badania mogą lekarze kliniczni i szpitalni przeprowadzać w pracowniach podręcznych, istniejących koło każdej sali chorych.

Grand Laboratoire jest w zasadzie jednostką samodzielną i li tylko w małym stopniu zależy od Szpitala Brugmann, na którego terenie się mieści. „Wielka pracownia" ma własną dynamo-maszynę, zaopatrującą ją w energję elektryczną, własną pracownię mechaniczno - elektryczną dla wyrobu potrzebnych maszyn i przyrządów naukowych. Zasób różnych najnowszych przyrządów fizycznych, fizyczno-chemicznych i t. d. jest bardzo znaczny i stale się powiększa. Na wzmiankę zasługuje m. inn. elektrokardjograf konstrukcji angielskiej (Cambridge), którego przenośne elektrody umożliwiają otrzymanie krzywych elektrokardjograficznych od chorych, leżących w odległych o kilkadziesiąt lub paręset metrów oddziałach szpitalnych, pokoje o stałej ciepłocie $+7^0$, 0^0 i -5^0, wielkie akwarjum dla doświadczalnych zwierząt ziemnowodnych i ryb i t. d.

3) „Kaiser Wilhelm Institut für Zellphysiologie", Berlin-Dahlem.

W przeciwieństwie do paryskiego Instytutu Rotszylda i brukselskiego Grand Laboratoire, berliński „Instytut für Zellphysiologie" jest nastawiony raczej na pracę czysto-chemiczną, właściwiej chemiczno - fizjologiczną. Jednakże i w tym instytucie pracowniom czysto fizycznym lub fizyczno-chemicznym udzielono dużo miejsca, a metody badania fizyczne lub fizyczno - chemiczne grają dużą rolę w obecnych pracach Instytutu. Kierownik Zakładu, O. Warburg, jak również większość jego współpracowników pracują obecnie głównie nad pewnemi właściwościami biologicznemi i biochemicznemi zaczynów krwi oraz drożdży i innych roślin. Urządzenia Instytutu obliczone są na pracę nad dużemi ilościami materjału. Tak naprz. duże sale, w których mieszczą się maszy-

ny znacznych rozmiarów na miarę niemal fabryczną, są poświęcone wyłącznie wstępnym pracom nad czyszczeniem, myciem i osuszaniem wielkich ilości krwi zwierzęcej, drożdży i t. d. Otrzymany materjał wyjściowy poddaje się znów dalszym mechanicznym i chemicznym przeróbkom przy pomocy odpowiednio wielkich wirówek elektrycznych, pras i t. d. Pokoje o stałej ciepłocie, pokój specjalny do pracy z mocnemi kwasami mineralnemi, pokój „ogniotrwały", pokój dla pracy z rtęcią, specjalne pracownie rentgenowskie dla prześwietlania zwierząt względnie roślin doświadczalnych, doskonale urządzone pomieszczenie dla zwierząt (królików, szczurów, myszy, kur, gęsi, gołębi i t. d.) oraz liczne inne urządzenia były w okresie powstania Instytutu (około 16 — 18 lat temu) chyba jedyne w swoim rodzaju w Europie. Obecnie jednak są już bezsprzecznie zdystansowane przez Paryż, Brukselę a częściowo i Lyon.

Liczne instalacje wielkich rozmiarów typu Warburga do manometrycznego mierzenia przemiany gazowej tkanek żywych nadają Instytutowi pewne swoiste piętno i świadczą w pewnej mierze o kierunku zainteresowań oraz metodyce badań jego pracowników.

4) „Institut du Radium et Fondation Curie" w Paryżu.

O paryskim Instytucie Radowym im. Curie, pozostającym pod kierownictwem Skłodowskiej - Curie i profesora Regaud, nie będę się tutaj szerzej rozwodził, gdyż stosunkowo niedawno prof. Regaud w treściwym swoim odczycie, wygłoszonym w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem, dość szczegółowo omówił główne nowsze urządzenia i przyrządy oraz metody lecznicze, stosowane ostatnio w tym Instytucie. Badania doświadczalne, prowadzone w tym Instytucie intensywnie i na szeroką skalę, poruszają się m. inn. także w kierunku zgłębienia naszych wiadomości o działaniu różnych promieni na tkankę żywą wogóle i na tkankę nowotworową w szczególności.

5) „British Cancer Research Institute" w Londynie.

W British Cancer Research Institute miałem sposobność poznać jeden z czołowych światowych zakładów naukowych, poświęconych wyłącznie zagadnieniu badania raka. Zwierzchnikami Instytutu są znani kancerologowie prof. Kennaway oraz Burrows, z nimi zaś współpracują niemniej zasłużeni badacze, chemicy i biologowie, że wymienię tylko Cooksa, Hiegera, Boylanda i inn. Kennaway i kilku jego pomocników pracuje obecnie przeważnie nad wykryciem i wyodrębnieniem tych składników smoły, które wywołują raka „smołowego" u myszy, królików i td. Ogromna liczba zwierząt doświadczalnych, myszy, szczurów, jaszczurek i t. d., znaczna liczba badanych przetworów suchej destylacji dziegcia zwłaszcza ciał antracenowych, nader ścisła obserwacja zwierząt doświadczalnych, zamiłowanie i doskonałe wyszkolenie personelu pomocniczego, ścisła współpraca biologów, chemików i t. d. z anatomo-patologami i lekarzami pobliskiego Cancer Hospital, cechują bieg pracy doświadczalnej w tym Instytucie. Natomiast sam zakład, wybudowany przed 28 laty, jak również urządzenie i zaopatrzenie poszczególnych pracowni są już nieco przestarzałe.

6) „Institut für Krebsforschung" w Berlinie.

To samo da się powiedzieć o berlińskim „Institut für Krebsforschung". Dzięki uprzejmości ówczesnego kierownika Zakładu, prof. Blumenthala, mogłem zwiedzić go szczegółowo. Instytut mieści się w starych, czynszowych domach, przerobionych dla potrzeb Przychodni Przeciwrakowej oraz różnych pracowni histologicznych, biologicznych i chemicznych. Należy jednak zaznaczyć, że nie bacząc na niepozorny wygląd zewnętrzny, Instytut jest obficie zaopatrzony we wszelkie urządzenia, przyrządy i t. d. Znaczny szereg badaczów o znanych nazwiskach pracuje tu gorliwie. Liczne przyrządy typu Warburga do mierzenia manometrycznego przemiany gazowej, a także uprawiana na szeroką skalę hodowla in vitro tkanek żywych wogóle a nowotworowych w szczególności — pozwalają domyślać się, w jakich głównie kierunkach posuwa się praca badawcza w tym zakładzie. Ponadto zakład Blumenthala bierze także czynny udział w walce przeciw rakowi, o czym będzie jeszcze poniżej mowa.

7) „Cancer Hospital" w Londynie.

We wszystkich niemal ośrodkach lekarskich Europy Zachodniej, zwiedzonych

przezemnie, istnieją przychodnie oddzielne dla chorych nowotworowych a także osobne oddziały szpitalne, dla nich przeznaczone. Oddziały te mieszczą się często w dość prymitywnych barakach, jak np. we Wiedniu („Allgemeines Krankenhaus", w Berlinie — „Charite" i t. p.). Natomiast Londyn posiada jak wiadomo, oddzielny szpital dla rakowatych, t. zw. „Cancer Hospital". Okazały gmach tego szpitala składa się z części nowej, wybudowanej dopiero w roku 1932, oraz starej, istniejącej już od 1851 roku. Nowa część gmachu szpitalnego odpowiada pod wszelkim względem wymogom współczesnego szpitalnictwa. Wysokie, przestronne sale i pokoje dla chorych, liczne pokoje bawialne, zaopatrzone w różne gry towarzyskie, czytelnie i t. d., sale opatrunkowe, operacyjne i t. d. — wszystko jest celowe, estetyczne i obliczone na odpowiedni dodatni wpływ psychiczny na nieszczęsnych chorych. Specjalnie wyszkolony personel lekarski, liczne urządzenia terapeutyczne, celowe nastawienie leczenia, doskonałe przygotowanie teoretyczne i praktyczne, a zwłaszcza sumienność, obowiązkowość i wysoki poziom etyczny pielęgniarek angielskich — osiągają razem to, co wydaje się a priori niemożliwem, mianowicie, zwiedzającego uderza dość rześki naogół i zadowolony wygląd większości chorych. Jak twierdzą lekarze Cancer Hospital, chorzy ci odczuwają ulgę tak fizyczną, jak i moralną już w krótkim czasie po przybyciu do szpitala. Zwłaszcza umiejętne i skuteczne zwalczanie bólu napawa chorych otuchą i zaufaniem do szpitala. To też na możliwie szybkie usuwanie objawów bólowych zwraca się szczególną uwagę. Osiąga się to na najrozmaitszej drodze, a więc bądź naświetlaniami rentgenowskiemi i t. p., bądź też różnemi innemi zabiegami leczniczemi fizykalnemi, wodoleczniczemi, różnemi wcieraniami, wreszcie lekami z ograniczeniem li tylko pochodnych makowca.

Dopiero po usunięciu, a conajmniej wybitnemu złagodzeniu bólów i innych dolegliwości chorego przystępuje się do właściwego „leczenia". Polega ono zarówno na zabiegach chirurgicznych, jako też, i to głównie, na naświetlaniach promieniami Rentgena, względnie radu. Instytut posiada około jednego grama radu i posługuje się nim według najnowszych metod, stosowanych przez prof. Regaud i innych wybitnych radologów. Jako główny środek leczniczy uważane jest jednak głębokie naświetlanie (deep therapy) promieniami Rentgena. To też liczne aparaty rentgenowskie różnego typu zajmują znaczną część gmachu. Kierownik oddziału rentgenologicznego, dr. Griffith, twierdzi na podstawie swego rozległego doświadczenia, że promienie otrzymywane przy pomocy najnowszej instalacji, rozwijającej napięcie do 450,000 wolt, w zupełności zastępują promienie radu, dają się dokładniej dawkować i przy ich pomocy osiąga się też w znacznej liczbie przypadków wcale dobre i trwałe wyniki lecznicze.

Inne metody lecznicze, jako to seroterapja, chemoterapja, m. inn. wstrzykiwanie roztworów ołowiowych według Blaira Bella, przetworów selenowych, barwików uczulających i t. d. zostały w zupełności zarzucone.

8) Oddział „Tumeurs" w Brukseli.

Pod względem celowości urządzeń leczniczych, komfortu i higjeny jedynie oddział „Tumeurs" Szpitala Brugmanna w Brukseli zdaje się nie ustępować londyńskiemu „Cancer Hospital". Brukselski oddział „Tumeurs', mieści się w dużym parterowym budynku, wykończonym dopiero przed paru laty. Oddział pozostaje pod wspólnym kierownictwem rentgenologa i chirurga. Dokonywane są tutaj wszelkie zabiegi chirurgiczne włącznie z najpoważniejszemi operacjami czaszkowemi, brzusznemi i t. d., i oddział wywiera wogóle wrażenie czysto chirurgiczne. Inne metody lecznicze, tutaj stosowane, w zupełności odpowiadają ogólnym wytycznym Londyńskiego „Cancer Hospital".

9) Oddział szpitalny „Institut für Krebsforschung" w Berlinie.

To samo da się powiedzieć o metodach leczenia, stosowanych w przychodni i na oddziale klinicznym berlińskiego „Institut für Krebsforschung". Oddział ten mieści się jednak w starych drewnianych barakach Charité tuż obok baraków dla chorób zakaźnych i pod względem urządzenia sal i pokojów dla chorych, pracowni i td. ani porównać się może z Londyńskiem Cancer Hospital lub Brukselskim oddziałem „Tumeurs".

Dział IV.

Naukowe posiedzenia internistów i gastrologów.

Organizacja towarzystw lekarskich różnych krajów, porządek posiedzeń, przebieg dyskusji i t. d. odpowiada naogół pewnym powszechnie przyjętym normom z niewielkiemi stosunkowo odchyleniami miejscowemi. Tem niemniej uważałem za wskazane przychodzić na możliwie większą liczbę posiedzeń naukowych w różnych, zwiedzanych przeze mnie miastach, a to w celu ewentualnego uchwycenia tych różnic, charakterystycznych dla każdego kraju. Tak więc we Wiedniu uczęszczałem na posiedzenia Ogólno-wiedeńskiego Stowarzyszenia Lekarzy (Verein Wiener Aerzte) na zebrania naukowe stowarzyszeń lekarskich kilku poszczególnych obwodów miejskich (najczęściej obwodu IX-go, w którym mieszczą się główne szpitale i kliniki uniwersyteckie), następnie na posiedzenia Towarzystwa Internistów Wiedeńskich, Towarzystwa Biologicznego i t. d.

Posiedzenia lekarskie wiedeńskie rozpoczynają się przeważnie wcześniej, niż u nas, zwykle około 7-ej wieczorem, i trwają do ½—9, 9-ej ½—10-ej, rzadziej już do 10-tej. Naogół trwają one krócej, niż u nas. Stowarzyszenie Lekarzy Wiedeńskich, mieszczące się w stosunkowo dużym gmachu własnym, posiadającym wielką salę odczytową, obliczoną (wraz z t.zw. „galerją") na przeszło 1000 słuchaczów, odbywa swe posiedzenia zwykle jeden raz na dwa tygodnie. Posiedzenia te są bardzo uczęszczane, tak, że liczni lekarze wiedeńscy i obcy, przebywający czasowo we Wiedniu, przychodzą nieraz o godzinę i dłużej przed posiedzeniem, by uzyskać wygodne miejsce siedzące lub, bodaj, stojące. Zresztą nie mniej uczęszczane są również posiedzenia Towarzystwa Internistów, które odbywają się w sali wykładowej I. Kliniki Wewnętrznej. Przeważająca część czasu poświęcona jest krótkim pokazom klinicznym oraz dyskusjom nad niemi, ponadto na większości posiedzeń ściśle lekarskich zostaje wygłoszony jeden odczyt, którego czas trwania jest ograniczony do 30 minut, i tylko gościom z poza Wiednia przysługuje prawo wygłaszania odczytów dłuższych. Panuje zwyczaj, że na posiedzeniach przewodniczą w ciągu roku kolejno wszyscy członkowie zarządu. Zarówno sposób demonstrowania chorych, uwagi epikrytyczne prelegentów, jako też przemówienia w dyskusji odznaczają się wybitną zwięzłością. Powołują się zwykle na doświadczenie własne, popierając je spostrzeżeniami i wnioskami innych znanych autorów. Natomiast odniosłem wrażenie, że w dyskusji nad jakiemkolwiek zagadnieniem nie zabierają głosu lekarze, wyłącznie ex libris docti i nie posiadający osobistego doświadczenia w danej dziedzinie. Dyskusja nastawiona jest na wysoki poziom ogólny słuchaczów i skrzętnie pomijany jest wszelki pozór chęci pouczania audytorjum o rzeczach, które znaleźć można w każdym obszerniejszym podręczniku.

Zarówno wiedeńskie, jako też paryskie posiedzenia naukowe lekarskie cechuje wybitnie kurtuazyjny ton dyskusji, unikanie zbyt wyraźnego i obcesowego zaprzeczania tezom kontrahenta, i to nie bacząc na widoczne przejęcie się i przekonanie uczestników dyskusji co do słuszności bronionych przez nich tez.

Jedynie na posiedzeniach berlińskich towarzystw lekarskich mogłem już w czasie moich dawniejszych pobytów w Berlinie zauważyć niekiedy pewną, nieco rażącą pewność siebie i agresywność prelegentów i dyskusantów, i to nietylko najbardziej znanych lub najwyżej w hierarchji lekarskiej postawionych.

W Paryżu interesowały mnie głównie posiedzenia kliniczne Towarzystwa gastroenterologicznego, Internistów, Radjologów i t. d.

Posiedzenia Société de Gastroentérologie odbywają się w dość dużej, dobrze zaopatrzonej w różne przyrządy projekcyjne i t. d., sali odczytowej. Bardzo znaczną część słuchaczów stanowią chirurdzy i rentgenologowie. Liczba odczytów na tematy czysto chirurgiczne, związane z chirurgją jamy brzusznej, oraz radjologicznych z tej samej dziedziny jest bardzo znaczna. Odpowiada to ogólnemu nastawieniu gastroenterologów francuskich, uważających gastrologję za dość ściśle określony dział medycyny, stojący na pograniczu interny i chirurgji.

Dział V.

Osobiste zetknięcie się z wybitnymi internistami i gastrologami.

W czasie mego pobytu w różnych zachodnio europejskich ośrodkach wiedzy lekarskiej usiłowałem zetknąć się osobi-

ście z możliwie większym szeregiem znanych klinicystów i teoretyków. Chodziło mi o ewentualną osobistą wymianę poglądów na niektóre, szczególnie mnie interesujące, nowoczesne zagadnienia interny, gastrologji i nauki o nowotworach, a następnie o wyrobienie sobie pewnego zdania o ich osobistości naukowej i ogólno-ludzkiej. Niektórych wybitnych klinicystów lub teoretyków odwiedzałem prywatnie w domu, że wymienię E. Picka i Faltę we Wiedniu, Schindlera w Monachjum, Porchera w Paryżu, Boasa, H. Straussa i Guggenheimera w Berlinie i t. d., lub w ich oddziałach klinicznych czy szpitalnych (np. Jagić'a, Sternberga, Porgesa, Eljasa, Adlersberga, Hayeka, Wessely'ego i t. d. we Wiedniu, Naegeli'ego w Zurichu, Garina i Bernaya w Lyonie, Moutiera, J. Ch. Roux'a, Guttmanna i szereg innych w Paryżu, Morrisona, Griffitha, Boycotta w Londynie, Kaufmanna w Berlinie i t. d., albo też stykałem się z nimi na posiedzeniach naukowych (np. Schlesinger, Bauer, Weltmann, Wagner v. Jauregg i wielu innych we Wiedniu, Marcel Labbé, Souppault, Huguenin, Bensaude w Paryżu).

Sprawę wartości klinicznej i gastroskopji i gastrofotografji miałem sposobność omówić dość dokładnie z Garinem, Moutierem, Straussem, Boasem, Guggenheimerem i t. d. Wszyscy oni bez wyjątku zajmują stanowisko przychylne wobec nowego giętkiego gastroskopu Wolffa-Schindlera. Ani Strauss ani Boas nie mają jeszcze z tym przyrządem osobistego doświadczenia, tem niemniej na podstawie teoretycznych założeń i dotychczasowych wyników Schindlera podkreślają zgodnie wielkie jego zalety w porównaniu do dotychczasowych gastroskopów i skłonni są do rokowania mu szerokiego rozpowszechnienia w klinikach i praktyce prywatnej.

Co do gastrofotografji, zdanie znacznej większości gastrologów jest niemniej jednolite w tym kierunku, że metoda ta w obecnej swej postaci nie może narazie rościć sobie pretensji do szerszego zastosowania.

Dział VI.

Odczyty własne.

Idąc za radą profesora Orłowskiego, postanowiłem wygłosić zagranicą parę lub kilka odczytów o własnych pracach oryginalnych. Jako miejsce do wygłoszenia odczytów obrałem przedewszystkiem Wiedeń, a to dla powodów następujących: 1) żadna z prac moich, wykonanych w kraju, nie była jeszcze ogłoszona w języku niemieckim, tylko wyłącznie we francuskim, 2) w związku z innemi mojemi zamierzeniami miałem we Wiedniu pozostać przez czas dłuższy, 3) atmosfera naukowo- i kliniczno-lekarska we Wiedniu bardziej sprzyjała wygłoszeniu odczytu przez Polaka, niż miasta Rzeszy.

Dzięki uprzejmości prof. Jagić'a i Falty, którzy przesunęli jeden odczyt klinicysty wiedeńskiego, zapowiedziany na 1-go grudnia 1932 r., na posiedzenie późniejsze, mogłem w dniu tym wygłosić w „Towarzystwie Internistów Wiedeńskich" pierwszy mój odczyt p. t. „Die Magenfunktionprüfung mittels physikalisch — chemischer Untersuchungsmethoden". Odczyt ilustrowałem ad hoc przygotowanemi tablicami. W zwięzłem streszczeniu zdałem sprawę z założeń teoretycznych i wyników praktycznych opisanej przezemnie metody badania sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych.

Wygłoszenie następnego odczytu umożliwiła mi daleko idącą życzliwość prezydjum („Towarzystwa Biologicznego"), które przeznaczyło specjalne, ponadliczbowe posiedzenie na dzień 5-ego grudnia, wyłącznie dla wysłuchania mojego referatu. Odczyt miał tytuł „Die vikariierende Funktion der Leber in azotaemischen Zuständen". W odczycie zdałem zwięźle sprawę z szeregu moich klinicznych i doświadczalnych spostrzeżeń, dotyczących zastępczego wydalania związków azotowych przez wątrobę w przypadkach przewlekłej lub ostrej azocicy klinicznej oraz doświadczalnej. I ten odczyt, który trwał blisko godzinę, był połączony z pokazem licznych tablic i schematów, przygotowanych przezemnie już we Wiedniu. W dyskusji zabierali głos prof. prof.: Bauer, Weltmann i Frey, wszyscy w sensie nader życzliwym i aprobującym słuszność oraz znaczenie teoretyczne i praktyczne tez odczytu.

Odczyty, wygłoszone przezemnie w Wiedniu, ukazały się w skrócie w „Wiener Klinische Wochenschrift", in extenso zaś ogłoszone będą w „Wiener Medizinische Wochenschrift".

Nosiłem się jeszcze z zamiarem wygłoszenia kilku, a conajmniej dwóch odczytów w Paryżu i Londynie. Chodziło mi, bowiem, 1) o zakomunikowanie wyniku moich spostrzeżeń, dotyczących znaczenia czynności wydzielniczej przewodu pokarmowego dla utrzymywania równowagi kwasowo-zasadowej ustroju, i 2) o ogłoszenie w języku francuskim lub angielskim wyników, osiągniętych przezemnie w ciężkich przypadkach wrzodu trawiennego przy pomocy metody leczniczej, opartej na powyżej przytoczonych spostrzeżeniach.

Niestety, wskutek pory przedświątecznej i świątecznej nie mogłem wprowadzić w czyn mego zamiaru wygłoszenia wymienionych odczytów, pozostać zaś w Paryżu i w Londynie przez czas dłuższy nie mogłem z powodów odemnie niezależnych.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Wzruszenie jako czynnik zaburzenia równowagi humoralnej. (L'emotion facteur de deséquilibre humoral). E. Joltrain.

Presse Médicale. N. 45. 1933.

Oddawna spostrzegano, że wzruszenie, wywołując pewien shok psychiczny, wyraża się całym szeregiem zmian w czynnościach narządów. Zależnie od rodzaju wzruszenia skóra twarzy blednie lub czerwienieje, emocja psychiczna odbija się na ośrodkach nerwowych wegetatywnych narządów, występują zaburzenia czynności narządów wewnętrznych, wątroby, trzustki, jelit i narządów dokrewnych. W warunkach przeciętnych u osób zrównoważonych zmiany te nie przekraczają pewnych granic, natomiast u osób przewrażliwionych i niezrównoważonych wzruszenie nieznaczne, przechodzące bez śladu u osób pierwszej kategorji doprowadza do objawów ciężkich, przekraczających granicę normalną, szczególnie, jeżeli się uwzględni rozdźwięk między nasileniem objawów, a ich przyczyną. Stany te są znane z literatury u wielkich neuropatów, którzy jak np. Rousseau mdleli na widok kwiatu lub obrazu, u innych ludzi wzruszenie może wywołać pewien wstrząs umysłowy, uniemożliwiający spokojny bieg myśli, logiczne połączenie skutku i przyczyny. Znany jest również wpływ wzruszenia nie tylko na narządy wewnętrzne, ale i na przebieg pewnych chorób skórnych, tak np. łuszczyca, obrzęk Quincke'go, pokrzywka wystąpić mogą z powodu wzruszenia.

W ostatnich latach badania nad przyczynami wstrząsu wykazały, że dla jego wywołania niekonieczne jest wprowadzenie do ustroju uczulonego ciała, powodującego wstrząs, ale że i czynniki fizykalne, zimno, gorąco, promienie X, promienie ultrafioletowe, wstrzykiwania dożylne ciał bardzo prostych np. roztwór NaCl, a nawet produkty zmęczenia mięśniowego mogą wywołać objawy analogiczne do wstrząsu. Autorzy przeprowadzają porównanie między objawami wstrząsu a wzruszeniem. Wojna dała pole do spostrzeżeń nad bezpośrednim działaniem wzruszenia na czynności poszczególnych narządów. Wzruszenie i sposób jego wypowiadania się u żołnierzy zależało od ich właściwości specjalnych, od nabytego czy też odziedziczonego podłoża. Objawy wzruszenia tworzyły kompleks odrębny, właściwy każdej jednostce, ale zmienny w zależności od jej stanu moralnego czy fizycznego. U jednych żołnierzy występowało drżenie, u innych górowały objawy ze strony przewodu pokarmowego z rozwolnieniami, lub też zaburzenia ze strony narządu krążenia w postaci bicia serca i duszności. Inni mieli niepowstrzymane wymioty, u innych spostrzegano czkawkę, liczne były przypadki z zaburzeniami w oddawaniu moczu, nadmiernem moczeniem, cukromoczem. Autor sam widział w czasie bombardowania Nancy w 1916 roku kobietę, która razem z nim przebywała w piwnicznym schronie i miała na ręku pokrzywkę, powiększającą się przy każdym nowym wybuchu. Kobieta ta nigdy nie chorowała przed wojną i pokrzywka wystąpiła u niej po raz pierwszy na całem ciele po ciężkim wybuchu w sąsiedztwie, w następstwie zjawiała się na ręku przy każdem cięższem, wojennem przejściu. Kobieta ta bladła przy każdym wybuchu równocześnie zdawało się obniżać ciśnienie krwi i zwalniać tętno, w kilka sekund później ciśnienie krwi się podnosiło, tętno przyśpieszało. To spostrzeżenie poddało autorowi myśl, że wzruszenie narusza równowagę humoralną i wywołuje wstrząs. Po wojnie autor leczył chorą na dychawicę oskrzelową, u której po wielkim przestrachu wystąpiła naprzód olbrzymia ogólna pokrzywka, a następnie pierwszy atak dychawicy. Chcąc poznać działanie wzruszenia u tej chorej autor określił jej ciśnienie krwi, ciepłotę, liczbę i formułę leukocytów, czas krzepnięcia krwi, wskaźnik refraktometryczny i odruch okosercowy, następnie bez uprzedzenia przerażono chorą upuszczając na ziemię ampułkę elektryczną. Chora krzyknęła, zbladła w dziesięć minut później, po pół godzinie dostała pokrzywki, po godzinie ataku dychawicy. Przedtem jeszcze, bo już 5 minut po przestrachu liczba ciałek białych zmniejszyła się bardzo znacznie, spadło ciśnienie krwi, wystąpiły zmiany krzepliwości krwi i wskaźnika refraktometrycznego. W godzinę później odruch okosercowy wykazujący początkowo przewagę nerwu współczulnego się odwrócił przemawiając za wzmożonem napięciem nerwu błędnego. W przypadku tym wzruszenie podziałało jak wstrząs, jak wprowadzenie ciała uczulającego.

Od tego czasu autor spostrzegał dość liczne podobne przypadki w szczególności opisuje jedną chorą z pokrzywką i z zaburzeniami naczynioruchowemi i dokrewnemi, u której w chwili przerażenia nietylko, że wystąpiło podciśnienie i zwolnienie tętna, ale badanie krwi wykazało zmniejszenie czerwonych ciałek, zmniejszenie zasobu zasad i Ph krwi. Te ciekawe spostrzeżenia, wykazujące, że wzruszenie działa na podobieństwo wstrząsu może mieć i znaczenie praktyczne, gdyż jeżeli wstrząs wzruszeniowy wywołać może szereg objawów na tle zaburzeń humoralnych nie jest wykluczone, że w pewnych przypadkach te objawy mogą mieć działanie pożyteczne. Autorzy podają z literatury i cytują własne spostrzeżenia, w których w jednym przypadku migrena, w drugim pokrzywka znikły po przeżyciu wzruszenia, niejednokrotnie widzi się również, że chorzy zakaźni zdrowieją nagle w czasie wielkich katastrof.

Badanie części składowych i właściwości cieczy ustrojowych wykazuje coraz bardziej, że ludzi podzielić można na zrównoważonych i niezrównoważonych. Zrozumiałe jest również, że środki działające uspokajająco na układ nerwo-

wy, a także różne metody uczulające, mogą mieć wpływ dodatni w tych wszystkich przypadkach, w których i wzruszenie działa na sposób antigenu.

Przytoczone spostrzeżenia, dowodzące wstrząsowego działania wzruszenia, tłomaczą do pewnego stopnia, korzystne wyniki tajemniczego działania różnych metod empirycznych, dobry wpływ różnych znachorów, wreszcie wybitne działanie lecznicze lekarzy o dużym autorytecie moralnym, wywierających psychiczny wpływ na swych pacjentów.

Gruźlica a zaburzenia umysłowe. (Tuberculose et troubles mentaux). R. Targowla.

Presse Médicale. N. 12. 1933.

Właściwości psychiczne chorych na gruźlicę i stosunek między gruźlicą, a cierpieniami umysłowemi oddawna zajmował klinicystów. Częstość występowania gruźlicy u chorych umysłowo, a także znaczenie gruźlicy jako przyczyny śmierci chorych na obłęd przedwczesny zauważono również oddawna i przypuszczano nawet, że laseczniki Kocha odgrywają pewną rolę w etjologji stanów hebefreniczno-katatonicznych, jednakże badania anatomicznopatologiczne nie potwierdziły tej hypotezy i wobec tego ustaliło się przekonanie, że częstość występowania gruźlicy u obłąkanych należy przypisać specjalnym warunkom ich życia. Badania, które autor przeprowadza od wielu lat nad zmianami organicznemi, występującemi u chorych umysłowo, wykazały, że istnieje pewien kompleks zaburzeń patofizjologicznych, połączony i tworzący nierozerwalną całość z cierpieniem umysłowem. Autor nazywa cały ten stan zbiorem objawów psychosomatycznych. Zarazek gruźliczy odgrywa jednak prawdopodobnie pewną rolę jako czynnik patogenetyczny w powstawaniu pewnych psychoz. Autor wykazał, że w przypadkach objawów psychosomatycznych chorzy mają czy to osobistą, czy dziedziczną przeszłość gruźliczą, wskazuje on także na to, że pewne stany psychopatyczne, rozpoczynające się w wieku młodym, podobne do dementia praecox, są w istocie wynikiem poronnych cierpień mózgowych w dzieciństwie, wywołanych najprawdopodobniej toksycznem działaniem zarazka gruźliczego. Na poparcie tego przypuszczenia przytacza autor współczesne badania, rozpoczęte przez M. Toulouse, które wykazały, że zaszczepienie świnkom morskim płynu mózgowordzeniowego lub krwi chorych umysłowo, wykazuje obecność lasecznika gruźliczego u pewnej ilości tych chorych, przyczem wyniki dodatnie otrzymano także przy przeszczepieniu tkanki mózgowej. M. Toulouse otrzymał również dodatnie wyniki w klinicznie nietypowych przypadkach dementia praecox, podobnych do opisywanych przez autora. Najprawdopodobniej przyczyną objawów chorobowych są formy przesączalne zarazka gruźliczego jak twierdzą jedni, jego toksyny według zdania innych. Rozwój procesu gruźliczego nie idzie naogół równolegle do zaburzeń umysłowych, te ostatnie zwykle występują, gdy proces gruźliczy jest utajony, natomiast stany psychosomatyczne charakteryzują się nadwrażliwością skórną w stosunku do tuberkuliny; objawy nadwrażliwości natomiast zmniejszają się lub znikają w okresie zaostrzenia procesu gruźliczego. Autor zwraca uwagę, że nadwrażliwość skórną w stosunku do tuberkuliny u chorych umysłowo należy ujmować szerzej, gdyż w badaniach swoich nad odczynami skórnemi u tych chorych stosował on nietylko tuberkulinę, ale i surowicę końską, i otrzymał w całym szeregu chorób umysłowych różnego pochodzenia odczyny bardzo żywe, zmniejszające się z chwilą poprawy stanu psychicznego. Żywe odczyny skórne zdają się być wobec tego właściwością chorób umysłowych, niezależną od objawów klinicznych i bez związku przyczynowego z samem cierpieniem. Opierając się na przytoczonych spostrzeżeniach nie można jednak przypuszczać, żeby cała grupa cierpień, ujmowana ogólnie nazwą dementii praecox, wywołana była gruźlicą, ale zarazek gruźliczy zdaje się być przyczyną wielopostaciowego obłędu i szeregu objawów katatonicznych, występujących w sposób przerywany, stanów, które były wyodrębnione przez dawnych klinicystów, ale następie pod wpływem Bleulera i Kraepelina zostały włączone do grupy dementia praecox.

Co należy sądzić o zależności dżumy ludzkiej od dżumy szczurów? (Que penser de la subordination de la peste de l'homme à la peste du rat). Marcel Leger.

Paris Médical. N. 22. 1933.

Przypuszczano dotychczas, że dżuma ludzka pochodzi od dżumy szczurów przenoszonej na ludzi przez pchły, że jedynie szczury i inne dzikie gryzonie są zbiornikami zarazków. Jest rzeczą pewną, że pchły są szczególnie niebezpieczne, jeżeli po śmierci zakażonego zwierzęcia przenoszą się na ludzi, znajdujących się w sąsiedztwie, wiadomo jest także, że często po wygaśnięciu epidemji ludzkiej pozostaje mniej lub więcej długo zakażenie szczurów, które mogą być przyczyną nowych ognisk epidemji. Czasami dżuma szczurów przyjąć może formę łagodną, przewlekłą, a nawet w czasie małych epidemji dżumy, obserwowanych w Paryżu w r. 1923, znaleziono zdrowe szczury, które były nosicielami zarazków. U człowieka dżuma również może przejść w łagodną, przewlekłą formę, i również spostrzegano, że między ludźmi zdrowemi znajdują się nosiciele zarazków. Zarazki te, zachowują swą pełną złośliwość i w przebiegu pewnych cierpień jak np. grypa przejść mogą z gruczołów do krwi. Autor wykazuje na podstawie spostrzeżeń wykonanych w Dakarze i w innych częściach Senegalu, w których wybuchła dżuma, że epidemja ludzka nie była poprzedzona epidemją wśród szczurów, a nawet pomimo specjalnych badań wykonanych w tym kierunku naogół nie znajdowano zakażonych szczurów albo też odsetek zwierząt zakażonych był bardzo nieznaczny np. znaleziono tylko 6 zakażonych na 10000 zbadanych szczurów. Podobne spostrzeżenia poczyniono i w Algerze, wobec czego niektórzy badacze wypowiadają przypuszczenie, że dżuma ludzka przenosi się w końcu epidemji na szczury. Inne szeregi spostrzeżeń poczynionych w Annamie, Algerze, Marokku, Senegalu i Madagaskarze wykazały, że w pełni epidemji ludzkiej epidemja szczurów może albo zniknąć zupełnie albo jej zupełnie i to od początku może nie być.

Dalsze badania wykazały również, że przy stwierdzonej epidemji szczurzej czasami nie spostrzega się zupełnie wypadków dżumy wśród ludzi, wreszcie w czasie małej epidemji w Paryżu

w r. 1921, w Adenie w r. 1928, w Szwecji w r. 1927 stwierdzono, że zarazek przenosił się bez pośrednictwa szczurów wprost z człowieka na człowieka. Autor stwierdza wobec tych wszystkich spostrzeżeń, że niema koniecznego przyczynowego związku między dżumą szczurzą a dżumą ludzką. Zapobieganie szerzenia się dżumy jedynie przez niszczenie szczurów nie odpowiada wobec tego rzeczywistości i przy opracowywaniu i stosowaniu metod do walki z dżumą należy również myśleć o człowieku jako o źródle zakażenia.

Zatrucie emetyną u człowieka. (L'intoxication par l'emetine chez l'homme). Charles Mattei.

Paris Médical. N. 22. 1933.

Autor podaje swe spostrzeżenia oparte na 1200 przypadków chorych z krwawą biegunką, wywołaną zakażeniem amebami. Zatrucie emetyną jest następstwem nagromadzenia się tego alkaloidu w ustroju, gdyż wydzielanie emetyny drogą moczu jest nierówne i bardzo przedłużone. Objawy zatrucia można podzielić na dwie grupy: nieznacznych objawów wstępnych oraz cięższych objawów widocznego już zatrucia. Do objawów wstępnych należą przedewszystkiem nudności często wywołane zanieczyszczeniami preparatu, w tych przypadkach jeżeli nudności nie ustają należy zmniejszyć o połowę dawkę, zjawienie się rozwolnień jest objawem cięższego zatrucia i wskazaniem do przerwania leczenia. Lekkim objawem zatrucia ze strony nerek jest zmniejszenie się ilości wydzielanego moczu, poważniejszym objawem przyśpieszenie częstości tętna w spokoju oraz spadek ciśnienia krwi. Wystąpienie dolegliwości ze strony układu nerwowego, szybkie męczenie się chorych w czasie chodzenia lub stania, kurczowe bóle w kończynach dolnych, wreszcie zmniejszenie odruchów kolanowych nakazuje szybkie przerwanie leczenia. Po tych lekkich wstępnych objawach zatrucia zjawiają się dolegliwości cięższe, występujące naogół po osiągnięciu w całości 0.8 gr. emetiny, czasami nawet po dawce mniejszej t. j. po 0.5 gr. Do częstych objawów należy zmniejszenie wydzielania moczu z mniejszą lub większą azotemią, kaszel z obfitą śluzową plwociną, wreszcie rodzaj ataków, polegających na wystąpieniu długotrwałej czkawki. Najpoważniejszemi objawami zatrucia są zaburzenia układu nerwowego. Poza bólami i zaburzeniami ruchowemi w kończynach dolnych występują porażenia mięśni karku i szyji, dołączyć się mogą do tego objawy porażenne żucia i połykania, porażenia mięśni tułowia i kończyn, przyczem najczęstsze są porażenia kończyn dolnych, znacznie rzadsze kończyn górnych. Odruchy ścięgniste są naogół zmniejszone albo zniesione. Nad całym obrazem chorobowym panują bóle, występujące albo we wszystkich członkach albo umiejscawiające się w kończynach dolnych, gdzie mają one charakter rwy kulszowej.

Ze strony narządu krążenia zaburzenia występują początkowo jako obniżenie ciśnienia krwi i osłabienie skurczów serca, w następstwie mogą wystąpić objawy niedomogi zjawiającej się albo nagle albo rozwijającej się powoli u osób już osłabionych, charłaczych. Autor spostrzegał zejście śmiertelne w czasie zatrucia emetyną w 23% swoich przypadków. Prawdopodobnie zgon jest spowodowany ciężkimi zmianami mięśnia sercowego. Prawie u wszystkich chorych śmierć nastąpiła po zużyciu pełnej dawki emetyny, większej od jednego grama. Wobec grożącego niebezpieczeństwa zatrucia emetiną nie powinno się naogół u dorosłych przekraczać w całości dawki 0.5 gr., ale nawet i wtedy, w ciągu całego leczenia należy uważnie śledzić za chorym i codziennie zwracać uwagę, czy nie wystąpiły lekkie objawy zatrucia. Po osiągnięciu dawki maksymalnej powinien chory pozostawać bez emetiny w ciągu 30 dni do 6 tygodni, gdyż wolne wydzielanie emetyny wymaga dłuższego okresu czasu do usunięcia jej z ustroju.

Owrzodzenia u osób zatrutych kwasem barbiturowym. (Ulcerations dues aux barbituriques). F. Goste et M. Bolgert.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. N. 20. 1933 r.

Dotychczas znane objawy skórne zatrucia kwasem barbiturowym polegały naogół na wystąpieniu rumienia o charakterze wysypki, podobnej do płonicy, odry, rzadziej o charakterze róży, pokrzywki, etc. Znacznie rzadsze są owrzodzenia, występujące wcześnie po zatruciu w miejscach, podlegających uciskowi, podobne do ostrej odleżyny. Autorzy spostrzegali w jednym przypadku zatrucia weronalem (3 gr. 75) w okolicy pośladków wielkie owrzodzenie wielkości dłoni, oraz u drugiej chorej, która spożyła 4,5 gr. gardenalu duże owrzodzenia na obu stopach, u chorej tej wystąpiła nieco później wysypka podobna do płonicy. Autorzy przypuszczają, że przyczyną tych owrzodzeń poza zaburzeniami natury troficznej pochodzenia ośrodkowego albo też z powodu uszkodzenia nerwów obwodowych może być jeszcze działanie toksyczne właściwe pochodnym kwasu barbiturowego.

O wartości promieni X w leczeniu zespołu objawowego choroby Basedowa. (Que valent les rayons X dans le traitement des syndrômes basedowiens). J. Belot et L. Delherm.

Presse Médicale. N. 47. 1933.

Autorzy leczą od 30 lat chorobę Basedowa, naświetlając tarczycę promieniami Rentgena. Metoda ich polega na zastosowaniu 10 — 12 naświetlań w ciągu trzech miesięcy z następną jedno lub dwumiesięczną przerwą, po której naświetlania podejmuje się na nowo podobnie jak w pierwszej serji, poczem następuje znowu dłuższa 3 — 4 miesięczna przerwa, jeżeli wynik leczenia był zadawalający. Leczenie należy jednak przerwać jeżeli po 8 — 10 naświetlaniach nie występuje poprawa. Ta ostatnia polega przedewszystkiem na zmniejszeniu objawów podmiotowych. Chorzy są mniej nerwowi, drżenie się zmniejsza, wraca apetyt, powiększa się waga, równocześnie znikają zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Wyrazem poprawy stanu ogólnego i powrotu sił jest zmniejszenie podstawowej przemiany materji. Naogół rozmiary tarczycy zmniejszają się dość wolno i stopniowo, najpóźniej zaznacza się poprawa na wytrzeszczu gałek ocznych, który zachowuje się zmiennie i nie .idzie równolegle do poprawy ogólnej. Wyleczenie może być zupełne, często jednak pozostaje pewne przyśpieszenie czynności serca, lekkie podwyższenie podstawowej przemiany; ci chorzy

powinni pozostawać pod obserwacją lekarską, rok lub dwa lata by rozpocząć leczenie jodem lub rentgenem w razie zaostrzenia. W ostatnich latach statystyka zupełnych wyleczeń lub znacznych popraw podniosła się wyraźnie z 40 — 80%, jak twierdzą autorzy, dzięki udoskonaleniu techniki. Działanie promieni X zdaje się być tem wyraźniejsze, im bardziej czynną jest tarczyca.

W Ameryce stosowane jest obecnie leczenie objawów Basedowa radem, autorzy jednak są raczej zwolennikami promieni X. W pewnych przypadkach galwanofaradyzacja tarczycy lub faradyzacja gałek ocznych ma wartość jako leczenie pomocnicze u osób odpornych na promienie X lub gdy pozostają pewne objawy, a Rentgena się unika z obawy przed powstaniem obrzęku śluzakowatego. Zarzucano leczeniu promieniami X, że wywołuje ono obrzęk śluzakowaty, ale jest to zarzut niesłuszny, gdyż dawki, zastosowywane w chorobie Basedowa są znacznie słabsze od tych, które mogłyby wywołać to cierpienie. Przy odpowiedniej technice nie może dojść również ani do cięższych zmian skóry, ani do zaostrzenia objawów nadczynności tarczycy; zarzut, że w porównaniu z leczeniem chirurgicznem leczenie naświetlaniami jest długotrwałe, jest również niesłuszny, gdyż i zabieg chirurgiczny wymaga długotrwałego przygotowania chorych. Leczenie promieniami X nawet w dużych dawkach nie wywołuje również przekrwienia, które mu zarzucano, co zaś do powstawania zrostów to trudno jest kłaść je na karb promieni X, odkąd znane są przypadki, w których zrosty utrudniły operację u chorych, którzy nigdy nie byli naświetlani. W przyszłości da się prawdopodobnie ustalić wskazania dokładne dla jednego i drugiego sposobu leczenia, możliwie dla połączenia obu sposobów leczniczych. W chwili obecnej jednakże leczenie naświetlaniami Rentgena, choć wymaga więcej czasu od leczenia chirurgicznego, jednakże nie odrywa chorych od ich zajęć w czasie leczenia i nie naraża ich na niebezpieczeństwo zabiegu, który również nie jest zawsze pewny i pozytywny w swych wynikach.

O nowym przypadku korzystnego działania diatermji w leczeniu puchliny brzusznej na tle marskości. (Un nouveau succés de la diathérmie dans le traitement de l'ascite cirrhotique). D u v o i r, P o l l e t, C o u d e r et B e r n a r d.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. N. 17. 1933 r.

Autorzy opisują przypadek chorej z przerostową marskością wątroby z dość znaczną puchliną brzuszną i z dużą śledzioną, u której zastosowano diatermję na okolicę wątroby w ten sposób, że jedną z elektrod przykładano do okolicy lędźwiowej, drugą do brzucha. Chora otrzymywała diatermję trzy razy tygodniowo po 20 minut za każdym razem. Po 12 nagrzewaniach płyn w jamie brzusznej znikł zupełnie, wątroba się zmniejszyła i stan ogólny poprawił się bardzo wybitnie. Chorą możnaby uważać za wyleczoną, gdyby nie to, że powiększenie śledziony pozostało, chociaż jej bolesność ustąpiła. Autorzy nie tłomaczą działania diatermji na marskość wątroby, możliwe jest, że działa ona albo na sam rozrost tkankołącznowy, albo wpływać może również na krążenie krwi w wątrobie, albo też na stan równowagi ciał białkowych osocza. Autorzy wskazują na prace Dillensegera i Audouy, którzy znaleźli, że diatermja działa przeciwbólowo i przeciwspastycznie, a pozatem wpływa na wydzielanie żółci bardziej płynnej oraz na prace Froscha i Lascha, którzy stwierdzili, że diatermja okolicy wątroby u ludzi zdrowych powiększa spalanie galaktozy.

O wartości przelewania krwi w ostrej czynnościowej atonji jelit. (Valeur de la transfusion sanguine dans les atonies intestinales fonctionelles aigues). A r l b e r t H., D u B o i s.

Presse Médicale. N. 42. 1933.

Autor opisuje 3 przypadki niedrożności porażnej jelit na tle toksycznem i zakaźnem w których po zastosowaniu przelewania krwi (250 — 350 cm^3) niedrożność szybko ustąpiła. Autor nie tłomaczy tego zjawiska, przypuszczając jedynie, że przelana krew doprowadziła do ustroju chorych ciała, pochodzące prawdopodobnie z trzustki a wywierające wpływ na czynności ruchowe jelit. Spostrzeżenie to posiada duże znaczenie praktyczne, gdyż przelewanie krwi w przebiegu niedrożności porażnej nie jest przeciwwskazane, a jak wynika z przytoczonego spostrzeżenia może przywrócić perystaltykę jelit.

O zaletach i wadach różnych dróg leczniczego stosowania kwasu węglowego. (Avantages et inconvénients respectifs des diverses voies d'administration thérapeutique du gaz carbonique). M. L o e p e r, A. L e m a i r e, A. M o u g e o t et V. A u b e r t e t.

Presse Médicale. N. 29. 1933.

Kwas węglowy można wprowadzać do ustroju przez wdychanie, przez wchłanianie skórne w kąpielach kwasowęglowych, za pomocą wstrzykiwań podskórnych lub dootrzewnych, a wreszcie przez odbytnicę.

Aby zbadać działanie CO_2, wprowadzonego dootrzewnowo lub przez odbytnicę robili autorzy doświadczenia na psach, którym tą drogą podawano CO_2, określając wentylację płucną, skład chemiczny powietrza wydechowego oraz ciśnienie krwi.

Pod działaniem podanego dootrzewnowo CO_2 powiększa się bardzo znacznie wentylacja płucna, jak też i zawartość CO_2 powietrza wydechowego. Ogromne wydzielanie CO_2 drogą oddechową nie pochodzi ze zwiększonych procesów spalania w ustroju lecz wywołane jest bardzo szybkim wchłanianiem się CO_2 z jamy brzusznej i jego natychmiastowem wydalaniem przez płuca. Nadmiar CO_2 we krwi zostaje natychmiast wydalony, ale pobudza on ośrodki rdzeniowe dzięki czemu powiększa się objętość oddechowa i wentylacja płucna. Zdrowe płuca mogą bardzo szybko wydzielić kwas węglowy w ilości przewyższającej jego wytwarzanie się w ustroju w ciągu 24 godzin. W tych samych doświadczeniach na psach autorzy określali i zmiany krążenia, które polegały między innemi i na podwyższeniu ciśnienia w prawej połowie serca. Wiadomo jest rzeczą, że kwas węglowy w kąpielach lub na drodze wdechowej wpływa na rozszerzenie naczyń, jednakże odnosi się to, jak wykazały doświadczenia jednego z autorów, tylko do układu tętniczego, nie wpływa natomiast zupełnie na żyły. Wobec tego można było przypuszczać, że po-

większenie ciśnienia w prawym sercu wywołane jest najprawdopodobniej większym dopływem krwi żylnej, jednakże inne doświadczenia wykazały, że zwiększenie ciśnienia wywołane jest uciskiem dolnej żyły próżnej przez wprowadzony do jamy brzusznej gaz. Ciśnienie krwi w tętnicy dogłowowej po przelotnem nieznacznem powiększeniu opada równomiernie i powoli; ten spadek spowodowany jest specyficznym, rozszerzającym wpływem kwasu węglowego na naczynia.

Wprowadzenie kwasu węglowego do odbytnicy psów dało zupełnie podobne objawy ze strony krążenia i oddychania. Wynika z tego, że błona śluzowa jelit posiada te same zdolności wchłaniania CO_2 co otrzewna.

Wdychanie kwasu węglowego ma tą zaletę, że może być zastosowane odrazu w wypadkach nagłych, jednakże teoretycznie nie jest to według autorów sposób najlepszy. Nawet wtedy jeżeli się CO_2 podaje w mieszaninie z czystym tlenem, a tembardziej z powietrzem atmosferycznem występuje pewien stan duszenia się, którego wyrazem jest nadciśnienie tętnicze, niespotykane przy innych sposobach podawania CO_2. To nadciśnienie powstaje przez podrażnienie ośrodków naczynioruchowych, które przeważa nad obwodowem, rozszerzającem naczynia działaniem gazu. Pozatem wdechowe zastosowanie kwasu węglowego może upośledzać utlenianie krwi, podczas gdy inne sposoby jego użycia, które nie ograniczają, ale powiększają czynności oddechowe raczej utlenianie ułatwiają.

Wstrzykiwania podskórne kwasu węglowego (dawka 1 litr) mogą być również stosowane w przypadkach nagłych, zalecano je pozatem jako środek leczniczy w przypadkach dusznicy bolesnej i endarteriitis obliterans.

Wchłanianie kwasu węglowego przez skórę jest znacznie żywsze niż to przypuszczano dotychczas. W kąpielach kwasowęglowych albo też w kąpielach suchych tego gazu, w postaci zalecanej przez autorów, w której CO_2 wstrzykiwano by pod nieprzepuszczalne specjalnie przygotowane ubranie, można osiągnąć bardzo znaczne wchłanianie gazu. W czasie kąpieli kwasowęglowej wchłanianie może osiągnąć jak wykazuje Hediger 6 litrów, a nawet może ono powiększyć do 10 — 11 litrów. Ten sposób jest więc korzystniejszy od bolesnych wstrzykiwań podskórnych gdzie 1 litr wstrzykniętego gazu potrzebuje jednak kilku godzin do swego wchłonięcia, podczas gdy w czasie kąpieli skóra wchłania w ciągu kilkunastu minut 6 — 10 litrów.

Wdychanie CO_2 niema tych stron ujemnych co wstrzykiwania podskórne, jednakże pociąga często za sobą nadciśnienie i możliwe jest właściwe tylko wtedy, gdy się posiada mieszaninę o znanej zawartości tlenu i CO_2. Droga wchłaniania skórnego zdaje się więc być najwłaściwszym sposobem leczniczego stosowania CO_2, jednakże w przypadkach nagłych stosowanie dootrzewnowe, a szczególnie do odbytnicy może oddać wielkie usługi.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Naświetlania lampą kwarcową i krztusiec. (Actinoterapie et coqueluche). E. P o r e z.

La pédiatrie pratique. Juin 1933.

Leczenie krztuśca lampą kwarcową niesłusznie nie jest uwzględnione wśród różnych sposobów leczenia tej choroby. Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że jest to sposób bardzo skuteczny.

Aby ocenić słusznie stopień ciężkości schorzenia, należy uwzględniać nie tylko liczbę napadów kaszlu krztuścowego, lecz także ich nasilenie oraz czas trwania, liczbę i charakter wymiotów, upośledzenie stanu ogólnego.

Wśród liczby 22 dzieci leczonych przez autora lampą kwarcową, przeciętna cyfra napadów kaszlu wahała się od 20 — 30 na dobę; napady były długotrwałe i wyczerpujące, stan ogólny upośledzony; z tej liczby dzieci — połowa obficie wymiotowała, a większość dzieci wykazywała brak łaknienia.

Różne środki stosowane u niektórych dzieci, jak neo-dmetys, brom, belladonna, eter, pozostawały bez wpływu.

Leczenie lampą kwarcową rozpoczęte było 5 — 15 dnia od chwili pojawienia się typowych napadów kaszlu. Technika naświetlań ulegała pewnym odchyleniom w zależności od przypadku; trudno ustalić ogólną zasadę naświetlań dla wszystkich chorych; autor jednak sądzi, wraz z Saïdmanem, a wbrew innym autorom, że w leczeniu krztuśca należy dążyć przy naświetlaniach do otrzymania odczynu zapalnego na skórze (erythema). Skuteczność leczenia i poprawa stanu uwidacznia się od chwili powstania na skórze odczynu zapalnego. Przez zbyt powolną i ostrożną technikę naświetlań, skóra ulega przyzwyczajeniu i wtedy wyniki są niedostateczne.

Autor wykonywał naświetlania codziennie lub co drugi dzień, otrzymując przy czwartym lub piątym naświetlaniu odczyn skórny. Jedynie u niemowląt nie należy dążyć do wywołania odczynu skórnego, gdyż powstaje on u nich z trudnością i naraża na pewne odczyny nerwowe.

Przeciętna liczba naświetlań wynosi 12 — 15; jeżeli nawet skuteczność po 6—8 naświetlaniach wydaje się wątpliwą co do charakteru napadów kaszlu, bywa ona niewątpliwą w stosunku do stanu ogólnego.

Prócz naświetlań, autor nie radzi stosować innych środków leczniczych, zachowując jedynie wskazówki ogólno-higjeniczne, dotyczące izolacji dziecka i przebywania na powietrzu.

Działanie lecznicze naświetlań lampą kwarcową uwidacznia się głównie nie w stosunku do czasu trwania choroby, lecz w stosunku do liczby i nasilenia napadów kaszlowych oraz wymiotów. Napady kaszlu bardzo długie i bardzo męczące szybko stają się znośne oraz cierpienie przebiega łagodnie; wybitny wpływ okazuje leczenie na wymioty, stan ogólny oraz na czynnościowe powikłania nerwowe.

Powikłania oskrzelowo-płucne, stany gorączkowe, gruźlica, schorzenia nerek stanowią przeciwwskazanie do leczenia naświetlaniami lampą kwarcową. Leczenie powyższe nadaje się dla przypadków ciężkich krztuśca, lecz bezgorączkowych i niepowikłanych innemi zakażeniami. Leczenie bywa celowem także i w okresie zdrowienia (tik krztuścowy — kaszel nawykowy o charakterze krztuścowym przy lada okazji).

Badania nad pasożytami jelitowemi u dzieci w okręgu paryskim. (Recherches sur le parisitisme intestinal chez les enfants de la région parisienne). P. N o b é c o u r t, Ch. B i d o t et A. C o m n i n o s.

Archives de Méd. des enfants. Juin 1933.

Systematyczne badanie kału dzieci umieszczonych w szpitalu lub leczonych w przychodni kliniki dziecięcej z powodu różnych schorzeń i nie wykazujących żadnych objawów klinicznych, które nasuwały by podejrzenie na obecność pasożytów jelitowych, wykazało, że znaczny odsetek dzieci ma pasożyty jelitowe.

Odsetek zakażeń pasożytami jelitowemi w pierwszym roku życia jest nieznaczny, bowiem nie przekracza 4.5%. Tłomaczy się to brakiem odpowiednich warunków do zakażenia w tym okresie życia. Odsetek dzieci zakażonych zwiększa się wraz z wiekiem. W drugim roku wynosi już 33%. Ten wzrost zakażeń pasożytami odpowiada wiekowi, gdy dziecko zaczyna chodzić i dotykać różnych przedmiotów. Odsetek zakażeń wynosi 58.5% w okresie od 2 — 5 lat, i 63% w okresie od 5 — 16 lat.

Liczby te są do pewnego stopnia pod wpływem schorzeń, które sprowadzają dzieci do szpitala lub przychodni. Należy szczególnie podkreślić znaczenie różnych zaburzeń jelitowych; u dzieci skłonnych do schorzeń jelitowych wykrywa się częściej pasożyty, niż u dzieci z innemi chorobami.

Odsetek dzieci zakażonych jest prawie jednakowy dla obu płci. Badania autorów potwierdzają inne spostrzeżenia o niezwykłej częstości pasożytów jelitowych u dzieci. Pomimo braku wszelkich objawów klinicznych i biologicznych, które pozwalałyby na ustalenie roli pasożytów w patologji dziecięcej, można przypuszczać, że ich obecność w znacznej ilości nie jest obojętną dla ustroju; dowodów jednak ich szkodliwości w tych warunkach nie można ustalić.

Zwykłe badanie kału jest niewystarczające i niecelowe dla wykazania obecności jaj owsików (oxyuris vermicularis), ponieważ samiczki pasożytów składają jajeczka nie w jelitach, lecz na skórze w okolicy odbytnicy. W celu wykrycia jaj pasożytów należy robić preparat mikroskopowy, pobierając materjał do badania z fałd skórnych okołoodbytniczych. Sposób jest prosty i szybki oraz daje znacznie wyższe odsetki wyników dodatnich, niż zwykłe badanie stolca. Na 404 dzieci w wieku szkolnym autor otrzymał wynik dodatni w około 50%. Natomiast zwykłe badanie stolca dawało bardzo niskie odsetki wyników dodatnich w stosunku do oxyuris vermicularis.

Na 3153 przypadków badanych w sposób zwykły stwierdzono pasożyty jelitowe 2408 razy, w tem:

- glistnicę robaczkową (ascaris lumbricoides) w 78.5%,
- trichocephalus dispar w 46.8%,
- taenia solium w 1%,
- oxyuris vermicularis w 1.2%.

Zakażenie owsikami jako takie nie jest niebezpieczne dla ustroju, bowiem dotąd brak danych o istnieniu jadu tych pasożytów. Owsiki wywołują podrażnienie oraz prowadzą do powstawania zmian zapalnych wyłącznie na drodze mechanicznej, powodując swędzenie w okolicy odbytu, nerwowość, niepokój oraz bezsenność u dzieci. U dziewcząt pasożyty te przedostając się do narządów płciowych mogą być powodem powstawania wtórnych zakażeń (vulvo-vaginitis, urethritis, cystitis verminosa).

Według autora, jedną z najważniejszych przyczyn częstych schorzeń dróg moczowych (ropomocz) bywa zakażenie owsikami, wtórnie prowadzące do zakażenia dróg moczowych. Autor podaje cztery przekonywujące przypadki, dotyczące związku pomiędzy zakażeniem owsikami, a ropomoczem u dziewcząt.

Leczenie przedewszystkiem powinno być zapobiegawcze i polegać na stałem utrzymywaniu w czystości rąk i paznogci u wszystkich osób mających styczność z przygotowaniem pokarmów.

Dzieci chore powinny spać w majteczkach; rano należy zmyć okolicę odbytu ciepłą wodą i mydłem; na noc ciepła nasiadówka i maść rtęciowa (ung. hg. praecip. alb.) na okolicę fałd okołoodbytniczych. Paznogcie powinny być obcięte zupełnie krótko, oraz ręce utrzymywane w czystości przez wielokrotne mycie. Dobre wyniki dawały autorowi lawatywki z naparu czosnku (½ szklanki płynu), wykonywane po uprzedniej zwykłej lawatywie spłókującej, 1 — 2 razy dziennie w ciągu 5 dni. Prócz tego stosuje się leczenie santoniną.

Dr. J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Przyczynek do rozpoznania i leczenia gronkowcowego zapalenia najądrzy. (Contribution à l'étude des epididymites staphylococciques). M o t z.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 3, marzec 1933.

Zgodnie z dotychczasowemi poglądami na tę sprawę, tłem zapalenia najądrzy — pominąwszy przymiot — może być bądź to zakażenie gruźlicze, bądź też rzeżączkowe ,przyczem grupa przypadków gruźlicy jest tu znacznie silniejsza od tej drugiej. Jednakże dokładne badania anatomo-patologiczne wyciętych najądrzy, po operacji, dokonanej naskutek rozpoznania ich gruźlicy, tylko w 15 — 20% wszystkich przypadków potwierdza to rozpoznanie (na 258 przypadków — w 46); coby dowodziło, że gruźlicę najądrza rozpoznaje się, naogół, z b y t p o c h o p n i e. Badając bakterjologicznie odnośne przypadki przekonano się, że w dużej liczbie przypadków podostrych i przewlekłych tłem cierpienia jest zakażenie gronkowcowe g r o n k o w c e m z ł o c i s t y m.

Pierwsze przypadki gronkowcowego zapalenia najądrzy, ogłoszone drukiem, dotyczyły stanów ogólnego zakażenia (septicaemia staphylococcica). Następnie, zaczęto ogłaszać i przypadki pierwotne umiejscowione (przynajmniej pozornie), przebiegające podostro i przewlekłe. Przypadki p o d o s t r e (zwykle procesem zapalnym jest tu dotknięte i najądrze, i samo jądro), naogół, szybko prowadzą do wyzdrowienia, przypadki zaś przewlekłe — zmiany dotyczą tylko najądrza — rzeczywiście wykazują przebieg i zmiany kliniczne, przypominające czasami do złudzenia gruźlicę najądrza.

Jeśli chodzi o rozpoznanie r ó ż n i c z k o w e między temi schorzeniami, to na korzyść zapalenia gronkowcowego przemawia wyraźny (jeśli nie ostry) początek cierpienia, z bólami,

bolesnością uciskową i stanem gorączkowym względnie podgorączkowym; w wywiadach w dużej liczbie przypadków można ustalić, że chory bezpośrednio przed zachorowaniem na zapalenie najądrza miał czyraka, zastrzał lub t. p. Rozpoznanie przesądza wynik dodatni badania moczu (zwłaszcza bezpośrednio po wymasowaniu sterczu) na gronkowce.

Powikłania zapaleniem gruczołu krokowego nie widuje się. Nie stwierdza się związku między powstaniem zapalenia gronkowcowego najądrza —a uprzedniem przebyciem chorób wenerycznych (trypra). L e c z e n i e polega tu na stosowaniu szczepionek swoistych (autoszczepionka, propidon, szczepionka gronkowcowa) podskórnie, w odstępach dwudniowych. Wyniki są doskonałe, wyleczenie zupełne następuje w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy. Choroba zmian trwałych zasadniczo nie pozostawia.

Właściwe rozpoznanie w omawianem cierpieniu ma szczególną doniosłość, gdyż z jednej strony chroni chorego przed wykonaniem zbędnej operacji (w razie mylnego rozpoznania gruźlicy), z drugiej zaś — pozwala na osiągnięcie środkami bardzo prostemi szybkiego i zupełnego wyleczenia.

Rozpoznawanie i leczenie przedziurawienia jelita cienkiego do wolnej jamy otrzewnowej w przebiegu jego gruźlicy. (Perforation en péritoine libre d'une ulcération tuberculeuse de l'intestin grêle). M é n é g a u x.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 15, maj 1933.

Cierpienie powyższe, będące powikłaniem postaci wrzodziejącej gruźlicy jelit, przebiega zasadniczo pod dwoma postaciami klinicznemi: 1) u osobnika, wykazującego objawy gruźlicy płuc i ewent. jelit (biegunki), nagle występuje obraz, właściwy przedziurawieniu przewodu pokarmowego — obraz ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej; 2) u osobnika silnie wyniszczonego procesem gruźliczym rozwija się obraz rozlanego zapalenia otrzewnej w sposób często tak nikły i niedostrzegalny, że w pierwszych godzinach może całkowicie ujść uwadze lekarza i chorego (p e r i t o n i t i s a s t h e n i c a — cechująca się częstokroć jedynie g w a ł t o w n y m s p a d k i e m g o r ą c z k i i n a g ł e m z a t r z y m a n i e m b i e g u n k i, którym towarzyszy wyraźne p o g o r s z e n i e s i ę s t a n u o g ó l n e g o). W tym drugim przypadku rozpoznanie samego przedziurawienia bywa częstokroć bardzo trudne — analogicznie zresztą do przypadków przedziurawienia w przebiegu duru brzusznego. Znane są z literatury przypadki gruźliczego przedziurawienia, w których do samej śmierci nie było wcale objawów otrzewnowych, względnie objawy te wystąpiły dopiero na kilka godzin przed śmiercią.

L e c z e n i e omawianego powikłania powinno być zawsze operacyjne, z tem zastrzeżeniem, że wynik operacji zależy tu jeszcze więcej, niż w przypadkach przedziurawienia żołądka i dwunastnicy, od wczesnego jej wykonania; dotyczy to zwłaszcza przypadków astenicznego zapalenia otrzewnej, w których nawet minimalnie szokująca i wykonana w znieczuleniu miejscowem operacja dają nagół dużą śmiertelność.

Operuje się zasadniczo z cięcia pośrodkowego jako jedynie umożliwiającego szybkie i dokładne zorjentowanie się w sytuacji. Wybór techniczny tego czy innego zabiegu powinien zależeć od następujących czynników: stan ogólny chorego, wczesność zabiegu (o doszczętnej operacji można myśleć najwyżej w granicach 12 godzin od chwili wystąpienia przedziurawienia), postać anatomopatologiczna gruźlicy jelit (przerostowa, wrzodziejąca, ze zwężeniami), liczba i umiejscowienie otworów w ścianie kiszki (wyleczenie po operacji spostrzegano wyłącznie w przypadkach pojedyńczych przedziurawień).

W y c i ę c i e c h o r e g o o d c i n k a k i s z k i byłoby zabiegiem „z wyboru", gdyby nie to, że prawie nigdy się nie ma doń warunków — ze względu na stan ogólny chorego (60 — 100% śmiertelności). Zwykłe z a s z y c i e o t w o r u w k i s z c e daje również dużą śmiertelność pooperacyjną (do 50%). Najlepsze wyniki daje w tego rodzaju przypadkach w y ł o n i e n i e c h o r e j p ę t l i n a z e w n ą t r z i wszycie jej w ranę (o ile tylko zmiany gruźlicze nie są zbyt rozległe), lub w y t w o r z e n i e p r z e t o k i k i s z k o w e j w miejscu przedziurawienia (na zgłębniku Pezzera).

Praktycznie biorąc, najczęściej natrafia się na warunki do wytworzenia przetoki kiszkowej; przy zmianach rozległych — wyłonienie pętli nazewnątrz; jeśli stan ogólny i miejscowy na to pozwala, można spróbować zaszyć otwory w kiszce i ewentualnie kiszkę przyszyć do otrzewnej ściennej.

Wspomnieć tu jeszcze należy o tem, że w przebiegu pooperacyjnem może wystąpić powikłanie, którego ani przewidzieć nie można w czasie operacji, ani ustrzec przed niem chorego — to jest wystąpienie innych, wtórnych przedziurawień.

Wczesne leczenie Volkmanowskiego zespołu niedokrwienia kończyny przez wycięcie odnośnej tętnicy w przypadkach jej obrażenia. (Traitement précoce du syndrome ischémique de Volkmann par la resection artérielle dans le cas de blessure ou de rupture artérielle). R. L e r i c h e.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 16, maj 1933.

Dziewczynka 6-letnia uległa złamaniu ponadkłykciowemu ramieniowej. Po wykonaniu paru prób zestawienia odłamów kończynę unieruchomiono w maksymalnem zgięciu w stawie łokciowym na przeciąg 15 dni. Po zdjęciu opatrunku gipsowego już był widoczny w całej pełni obraz przykurczu volkmanowskiego. Po 5 miesiącach chora została zbadana przez autora, który stwierdził: przykurczenie stałe kończyny w nawrocie (pronacji) i zgięciu w stawie napięstkowym i stawach międzypalcowych, zaniki mięśniowe, zasinienie i ochłodzenie skóry, zaburzenia odżywcze ze strony paznokci i brak tętna w tętnicy promieniowej.

Wykonano operację, która polegała na odsłonięciu tętnicy ramieniowej w okolicy złamania; tętnica była rozerwana i zarośnięta całkowicie na przestrzeni paru centymetrów, w bliznę tę był wciągnięty i uciśnięty przez nią nerw pośrodkowy. Uwolniono nerw pośrodkowy, wycięto zarośnięty odcinek tętnicy ramieniowej (powyżej i poniżej niego tętnica była drożna), odcięto przy-

czepy górne mięśni zginaczy dla napięstka i palców i ranę zaszyto doszczętnie(bez unieruchamiania). Na drugi dzień zasinienie kończyny ustąpiło, kończyna — ciepła, ruchy palców — swobodniejsze. Po 6 miesiącach — ruchy napięstka i palców wróciły w całej swej rozległości. W 6 lat po operacji — wyleczenie zupełne i trwałe (chora grywa na fortepianie obydwiema rękami).

Na marginesie powyższego przypadku autor notuje następujące uwagi. Ostre niedokrwienie danego odcinka kończyny wywołuje powstanie tylko 1 lub paru ograniczonych ognisk martwicowych w mięśniach, które naogół są bardzo ukrwione dzięki dużej liczbie naczyń ubocznych. Obecność tych ognisk tylko w niewielkim stopniu upośledza czynność kończyny. Dopiero wtórnie, pod wpływem bodźców chorobowych wychodzących ze schorzałego względnie zatkanego odcinka tętnicy odnośnej, powstają pewne zaburzenia w krążeniu w sąsiedztwie ognisk martwicowych (zastoje żylne), które są bezpośrednią przyczyną powstania zespołu Volkmanna. I owe zaburzenia w krążeniu, i objawy zespołu volkmanowskiego są z początku zaburzeniami c z y n n o ś c i o w e m i (z czasem dopiero powstają tu zmiany trwałe, anatomiczne) i jako takie mogą być wyrównane przez usunięcie źródła tych zaburzeń (wycięcie schorzałego odcinka tętnicy). Trwałemi są tylko objawy, zależne od powstania tych pierwotnych ognisk martwicowych w mięśniach.

Reasumując wyżej powiedziane, właściwą przyczyną choroby Volkmanna są zaburzenia naczynioruchowe w mięśniach ze wszelkiemi ich następstwami (zwyrodnienie tkankołącznowe włókien mięsnych), mające swój punkt wyjścia w schorzeniu lub obrażeniu tętnicy odnośnej.

Jednakże nie we wszystkich przypadkach choroby Volkmanna stwierdza się obecność owego wyjściowego obrażenia tętnicy ramieniowej. Czasami te chorobowe bodźce naczynioruchowe wychodzą z innych źródeł, jak to ma miejsce np. w przypadkach powierzchownego stłuczenia mięśni zginaczy przedramienia ,stłuczenia okolicy napięstka, unieruchomienia kończyny u małych dzieci w maksymalnem zgięciu w stawie łokciowym i t. p. Tutaj wystarcza zwykle do osiągnięcia wyleczenia odnerwienie tętnicy ramieniowej (sympathicectomia). Autor podkreśla na zakończenie z naciskiem szkodliwość metody wyczekiwania w przypadkach choroby Volkmanna. W razie stwierdzenia objawów niedokrwienia kończyny (osłabienie wychyleń oscyllometrycznych) należy n a t y c h m i a s t odsłonić tętnicę ramieniową w miejscu jej rozdwojenia i, jeśli się okaże rozerwaną, wypełnioną zakrzepem lub pustą — należy ją wyciąć, jeśli zaś będzie tylko obkurczona — należy wykonać jej odnerwienie. Leczenie powyższe uzupełnić można z korzyścią dla chorego wstrzykiwaniami acekoliny.

Zaburzenia żołądkowe po operacji wyrwania nerwu przeponowego lewego. (Les accidents gastriques consecutifs à la phrénicectomie gauche). B e r n a r d, G a u t h i e r - V i l l a r s i T h o y e r.

La Presse Méd. Nr. 34, kwiecień 1933.

Cały, długi szereg autorów, podających do wiadomości ogółu wyniki i powikłania pooperacji wyrwania nerwu przeponowego (phrenico-exairesis), nie wspomina wcale o powikłaniach żołądkowych po tego rodzaju operacji, z czego należałoby wnosić, że są one rzadkie. I rzeczywiście, p o w a ż n e zaburzenia żołądkowe po operacji l e w o s t r o n n e g o wyrwania nerwu przeponowego występują naogół rzadko. Ale zato u całego szeregu odnośnych chorych stwierdza się tutaj objawy słabo zaakcentowane i mało charakterystyczne, polegające na uczuciu ciążenia i gniecenia w żołądku po jedzeniu, bólach, mdłościach i braku apetytu, i utrzymujące się nieraz miesiącami. Objawy te są przeważnie następstwem a e r o f a g j i, wywołanej rozciągnięciem zwiotczałej i podciągniętej do góry ściany dna żołądka, wskutek trwałego przemieszczenia się ku górze porażonej lewej połowy przepony.

W niektórych, rzadkich zresztą, przypadkach, wykazujących już uprzednio pewne anatomiczne zmiany żołądkowe (ulcus, periduodenitis), może owe pociągnięcie żołądka ku górze wywołać jego s k r ę c e n i e, a nawet zupełnie z a w ę ż l e n i e, przejawiające się ciągłemi wymiotami, bólami i szybkiem pogarszaniem się stanu ogólnego — objawami niedrożności odźwiernika. Nawet szybkie wykonanie następowej operacji w tego rodzaju przypadkach rzadko ratuje chorego, gdyż są to przeważnie gruźlicy, zasadniczo bardzo źle znoszący wszelkie operacje brzuszne. Dlatego też przed każdą operacją wyrwania nerwu przeponowego po stronie lewej należałoby prześwietlić promieniami Roentgena żołądek i dwunastnicę, przyczem stwierdzenie wyraźnych zmian anatomicznych z ich strony (wrzód, zrosty w okolicy dwunastnicy), usposabiających do następowego zagięcia względnie zawężlenia żołądka, byłoby przeciwskazaniem do wykonania operacji.

Traumatismes fermés de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. M e n e g a u x.

La Presse Méd. Nr. 41, maj 1933.

I. W y w i a d y. Bardzo ważnem dla rozpoznania jest ustalenie charakteru i okoliczności urazu (upadek na dłoń zgiętą grzbietowo, z podparciem lub bez, z odchyleniem w stronę promieniową, łokciową, trzaśnięcie, słyszane w chwili upadku, niemożność poruszania dłonią zaraz po wypadku i t. p.).

II. O g l ą d a j ą c kończynę chorą, widzi się zwykle na stronie dłoniowej niezbyt rozległy siniak i wyraźne obrzmienie, jeśli zaś spuścić w dół obie kończyny przy ustawieniu górnych części przedramion w odwrocie (supinacji) i oglądać dłonie z profilu, to zdrowa dłoń będzie ustawiona w płaszczyźnie strzałkowej ciała, chora zaś — zwrócona lekko grzbietem do przodu (w nawrocie, pronacji). Przy oglądaniu dłoni od strony grzbietowej stwierdza się bądźto odchylenie osi dłoni (przechodzącej przez III kość śróddłoniową) w stosunku do osi przedramienia w stronę promieniową, bądź też — typowy bagnet wskutek przemieszczenia dolnej części kości promieniowej w stronę promieniową. Oglądając dłoń z profilu, widzi się zwykle bagnet wskutek przemieszczenia dolnej części kości promieniowej w stronę grzbietową, rzadziej — wskutek przemieszczeia w stronę dłoniową; w pewnej liczbie przypadków zamiast bagnetu widać tu tylko popro-

stu zgrubienie tej okolicy w kierunku przedniotylnym.

III. Obmacywaniem należy określić w pierwszym rzędzie poziom wyrostków rylcowatych; w warunkach prawidłowych wyrostek rylcowaty kości promieniowej jest ustawiony niżej o 1 cm od wyrostka rylcowatego kości łokciowej, w przypadku zaś złamania kości promieniowej jej wyrostek rylcowaty przemieszcza się ku górze. Stwierdzenie obecności obu wyrostków na jednym poziomie, lub obecności wyrostka promienia wyżej, niż wyrostek kości łokciowej, dowodzi z całą pewnością złamania dolnego końca kości promieniowej. Najlepiej jest oznaczać poziom wyrostków rylcowatych przez obmacywanie promieniowej wzgl. łokciowej strony przedramienia paznokciem, idąc od dołu; na 1 — 2 cm powyżej wyrostka kości promieniowej natrafia się zwykle na żywą bolesność uciskową, odpowiadającą szczelinie złamania. Czasami bolesnym na ucisk jest i wyrostek rylcowaty kości łokciowej (przy jego odłamaniu).

Jeśli chodzi o umiejscowienie drobnych kostek napięstka, to kość łódkowata odpowiada tabakierce anatomicznej, (obrzmienie tej okolicy i bolesność uciskowa dowodzą jej złamania), na kość główkowatą (os capitatum) natrafia się, przesuwając palcem po grzbiecie III kości śróddłoniowej ku górze aż poza jej podstawę, jeszcze wyżej w tym samym kierunku leży kość półksiężycowata.

IV. Ruchy bierne stawów napięstka należy wykonywać bardzo ostrożnie i delikatnie, aby nie wywołać odruchowego napięcia obronnego mięśni. Bolesność nawracania i odwracania (pronacja, supinacja) dowodzi obrażenia stawu promieniowołokciowego (złamanie wewnątrzstawowe), bolesność zginania dłoniowego i grzbietowego — stawu promieniowonapięstkowego, odwodzenia i przywodzenia — stawów śródnapięstkowych. Niemożność całkowitego rozgięcia palców przemawia za obrażeniem napięstka (pozorne skrócenie ścięgien zginaczy).

W pierwszych kilku godzinach po wypadku jest widoczne bardzo charakterystyczne dla złamania dolnego końca kości promieniowej obrzmienie pochewki maziowej ścięgien mięśni rozginających napięstek promieniowych (extensores carpi radiales), uwypuklającej się kiełbasowato ukośnie na przebiegu dolnej części promienia.

V. Wreszcie, zdjęcie rentgenowskie w dwu płaszczyzach pozwala na ostateczne ustalenie rozpoznania i ustalenie szczegółów samego złamania. Zawsze dla porównania należy wykonywać zdjęcie i okolicy napięstka po stronie zdrowej.

Rozpoznawanie zbyt długiej okrężnicy. (Le diagnostic du dolichocolon). Loeper i Tauzun.

La Presse Méd. Nr. 43, maj 1933.

Rozpoznanie kliniczne tego cierpienia opiera się zwykle na następujących objawach: zaparcia stolca i gazów, napady, rzekomej niedrożności kiszkowej, zbieranie się nadmiernej ilości gazów w okrężnicy (zwłaszcza w okolicy zagięcia śledzionowego), nieskutkowanie środków czyszczących i nadmierna pojemność kiszki przy robieniu lawatyw. Jednakże ani poszczególne objawy, ani ich zespół nie są na tyle charakterystyczne i patologiczne, żeby można było na nich całkowicie opierać rozpoznanie zbyt długiej okrężnicy.

Decydować o rozpoznaniu może tu tylko wynik prześwietlenia rentgenowskiego.

Zaparcia stolca nie są objawem stałym w omawianem cierpieniu, gdyż chorzy odnośni mogą mieć codzienne wypróżnienia (wydaleniu nazewnątrz ulega nadmiar zawartego w kiszce kału, a nawet — mogą mieć miejsce rzekome biegunki.

Napady niedrożności kiszkowej występują typowo dopiero w późnym okresie choroby; zresztą, nie pozostają one w bezpośrednim związku z samą długością okrężnicy, a są raczej następstwem jej powikłań pod postacią zrostowego zapalenia otrzewnej (periviscerítis), kątowego załamania kiszki na jej przebiegu i t. p. Grają tutaj również dużą rolę stany spastyczne kiszek, mające swój punkt wyjścia, w ich stanie zapalnym ,gromadzeniu się nadmiernej ilości gazu w ich świetle i zmianach zapalnych dookołakiszkowych. Skurcze te dotyczą zwykle okolicy zagięcia wątrobowego lub śledzionowego. Zresztą, napady niedrożności o tym samym mechaniźmie występują często i bez nadmiernie długiej okrężnicy, stanowiąc jakby oddzielną jednostkę chorobową.

Wyżej powiedziane dotyczy w tym samym stopniu gromadzenia się nadmiernej ilości gazu w kiszce (zwykle w okolicy zagięcia śledzionowego — jako najwyższego dla całej okrężnicy punktu), co również nie jest ani stałym objawem, ani charakterystycznym dla nadmiernie długiej okrężnicy. Jego mechanizm polega raczej na utrudnieniu wsysania się gazu ze światła kiszki (niedomoga wątroby, zaburzenia krążenia w zakresie żyły wrotnej), niż na nadmiernej jego produkcji.

Nieskutkowanie środków czyszczących i mieszczenie dużych ilości lawatyw mają miejsce tylko u osobników atonicznych, nie występują zaś wcale u skłonnych do stanów spastycznych.

Reasumując powyższe, autorowie stwierdzają, że nadmiernie długa okrężnica jest tylko pewną odmianą anatomiczną, stojącą na pograniczu fizjologji i patologji, nie stanowi zaś w żadnym razie odrębnej jednostki klinicznej. Towarzyszące jej objawy są następstwem powikłań zapalnych, gdyż sama zbyt długa kątnica, nie będąca w stanie zapalnym, nie daje przeważnie żadnych przykrych objawów. I powikłania i dolegliwości są niejednokrotnie następstwem zbyt gwałtownie lub wogóle niewłaściwie i niepotrzebnie prowadzonego leczenia.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Moczówka prosta (diabetes insipidus) przechodząca w cukrzycę ze śpiączką. Wpływ ciąży na nadmierne oddawanie moczu. Leczenie zapomocą follikuliny. (Diabète insipide suivi de diabète sucré avec coma. Influence des grossesses sur la nie wszystkich wymienionych niebezpieczeństw,

Bull. Soc. méd. Hôp. Paris. III pos. 48, 1444.

Chora licząca obecnie 42 lat cierpiała od 18 lat na moczówkę prostą (diabetes insipidus). W ciągu 4 lat przebywała 3 ciąże i w każdej

doznawała tak znacznej poprawy zdrowia, że począjąc od 4 — 5 miesiąca ciąży ilość moczu dowolnego z 12 — 16 litrów zaczynała spadać, osiągając pod koniec ciąży ilość normalną.

W rok po ostatniej ciąży chora gwałtownie utyła dochodząc do 120 klg. wagi, zresztą bez żadnych objawów akromegalji. W 4 lata później wystąpiły objawy cukrzycy aż do śpiączki włącznie, którą jednak udało się szybko wyleczyć za pomocą niewielkich stosunkowo dawek insuliny. Dodatkowe lecznicze zastosowanie wyciąga przysadki mózgowej sprowadziło dobową ilość moczu do 2 — 3 litrów.

Biorąc pod uwagę leczniczy wpływ ciąży na moczówkę prostą zastosowano następnie samą tylko Follikulinę (oestrinę) (odpowiada 500 j. szcz. = 2.500 j. mys.).

Leczenie powyższe zmniejszyło dobową ilość moczu do 7 — 9 litrów (zamiast 12 — 16 litrów), ale nie wpłynęło zupełnie na ilość cukru.

Autor zwraca uwagę na rzadko następujące przejście moczówki prostej w cukrzycę.

Być może było to wywołane przez jakiś czynnik szkodliwy mający punkt przyczepu działałania w okolicy tuber cinereum, gdzie w bliskiem sąsiedztwie znajdują się ośrodki polyurji i cukromoczu. Być jednak również może, że obydwie omawiane sprawy przebiegały niezależnie jedna od drugiej. Wpływ ciąży na polyurję objaśnić można na drodze wzajemnego działania jajnika na przysadkę i ogólnego przestrojenia hormonalnego.

W sprawie rzeżączki noworodków, nabytej w czasie porodu. (De la gonorrheé génitale acquise par les nouveau — nés au moment de l'accouchement). V i l à n A. F.

Acta dermato-vener. (Stockh.). T. 13, str. 315, 1932 r.

W ciągu 10 lat stwierdzono na 47 przypadków niewątpliwej rzeżączki matek, aż w 6 przypadkach zakażenie gonokokowe narządów rodnych noworodków płci żeńskiej.

Autor sądzi, że ten sposób zakażenia noworodków jest częstszy, niż się to powszechnie przyjmuje, a wobec tego powino się pomyśleć o wprowadzeniu sposobu zapobiegania temu zakażenia, odpowiedniego do sposobu Crédé'go zakraplania płynu odkażającego do oczów.

Przyczynę, dla której omawiane zakażenie pozostaje nierozpoznane jest prawdopodobnie późne występowanie objawów, które manifestują się dopiero w 2 — 3 tygodni po porodzie, lub też jeszcze znacznie później.

Zagadnienie poruszone przez autora ma duże znaczenie społeczne, wobec znanych powszechnie trudności w leczeniu rzeżączki dziecinnej.

W sprawie znaczenia rozpoznawczego doskórnych wstrzykiwań żywych i martwych gonokoków. (De l'importance diagnostique des injections intradermiques de cultures vivantes et mortes de gonocoques). L é v i n e E. M. i M. J. F i n k.

Ann. Mal. vénér. T. 27, str. 645, 1932 r.

Badania autorów miały na celu wyjaśnienie znaczenia rozpoznawczego wśródskórnych wstrzykiwań hodowli żywych lub martwych gonokoków. Okazało się jednak, że tak zdrowi jak chorzy reagują jednakowo na injekcje martwych drobnoustrojów. Wprowadzenie żywych hodowli nie zmieniło sprawy zasadniczo: na małe dawki nie reagowali ani chorzy ani zdrowi, zaś na dawki powyżej 200 miljonów gonokoków reagowali jednakowo silnie.

Na zasadzie powyższych wyników autorzy uważają wstrzykiwanie doskórne hodowli gonokoków, za metodę zupełnie pozbawioną wartości rozpoznawczych.

Statystyka nabłoniaków szyjki macicy leczonych w r. 1926. (Statistique d'épithéliomas du col utérin, traités en 1926). M u r d o c h J., R. L o i c q, G. S p e h l.

J. Chir. Ann. Soc. belge. Chir. N. 8, str. 299, 1932 r.

Na 53 kobiety leczone w r. 1926 żyje i nie wykazuje nawrotów od 5 lat — 15, co stanowi 28,5%.

Całkowitą kurację promienną otrzymało z 53 zaledwie 25 chorych, a mianowicie 19 terapję kombinowaną (rad + Roentgen) i 6 — tylko rad. Z tych 25 kobiet żyje 15 (56%).

W 9 przypadkach najpierw operowano potem naświetlano — wszystkie te pacjentki zmarły w ciągu 2 lat.

Odwrotnie, 5 chorych najpierw naświetlano, potem operowano, z tego żyje 2. Jedna z nich była w III stopniu raka, a druga w IV, (miała już przetokę pęcherzowo-pochwową).

Co się tyczy techniki to autorzy są stronnikami małych dawek radu stosowanych przez czas stosunkowo długi. Przed część pochwową zakłada się 2 naboje radowe (w rodzaju kolpostatu Régaud'a) po 13,33 mg. radium-elementu na przeciąg 5 dni (= 3200 mg.godz.). Do macicy wprowadza się 2 rurki po 6,66 mg. na 9 dni (= 2877 mg. godzin). Całkowita dawka wynosi 6077 mg. godzin.

Przyczynek do leczenia raka macicy energją promienną. (Contribution à la radiothérapie du cancer de l'utérus). Wintz Hermann.

Rev. Méd. T. 49, str. 535, r. 1932.

Wintz wprowadza własny podział przypadków raka macicy. Za nadające się do operacji uważa tylko takie, w których nowotwór nie przekroczył części pochwowej, tak że przymacicza są zupełnie wolne. Za nienadające się wogóle do leczenia (incurable) uważa W. przypadki, w których stwierdza się przerzuty.

Wyniki: rak szyjki macicy — na 134 nadających się do operacji przyp. wyleczono 82 — co stanowi 61%, na 787 nie nadających się do oper. — wyleczono 98 = 12,5%; ogólnie *19,5%* wyleczenia; rak trzonu macicy — 8 przyp. nadających się do oper. — wylecz. 56 (70%), 65 przyp. nienadających się do oper. — wylecz. 6 (9%), ogólnie — *42,8%* wyleczenia.

W przypadkach gruczolakoraka szyjki macicy (adeno carcinoma colli uteri) stosowano leczenie skombinowane (125% H. E. D. + 1000 r.). Wyleczenie wynosi 47%.

Nawroty poperacyjne leczone naświetlaniem dały po 5 — 6 latach 11% wyleczeń.

Postępu wyników leczniczych w ostatnim pięcioleciu nie stwierdza się.

Leczenie zakażenia połogowego. (Une méthode de traitement de l'infection puerpérale). Lévy — Solal Ed.

Presse Méd. R. 1933, str. 419, N. 21.

Autor dzieli leczenie zakażenia połogowego na miejscowe i ogólne. Pierwsze wchodzi w grę przedewszystkiem w tych przypadkach gdzie sprawa chorobowa jest jeszcze tylko do macicy ograniczona. Główniemi objawami zakażenia połogowego są dreszcze, gorączka i przyśpieszenie tętna, a pewność nabierzemy z chwilą uzyskania wzrostu bakterji na kulturze ze krwią. Rozpoznając zakażenie połogowe pamiętać należy zawsze o często występującem w tych okolicznościach schorzeniu nerek, a więc przedewszystkiem o zapaleniu miedniczek nerkowych. Dla tego ostatniego schorzenia charakterystycznym jest wczesny początek choroby, wzdęcie brzucha i obecność licznych pałeczek okrężnicy w moczu.

Leczenie miejscowe polegać winno zdaniem L.-S. na wprowadzaniu do jamy macicy okładów zwilżonych przesączem bakteryjnym przygotowanym według Besredki.

Leczenie to propagowane przez Lévy-Solal'a oddawna nie zyskuje szerszego zastosowania. Statystyka tu przytoczona nie jest zachwycająca — (przyp. refer.).

Leczenie ogólne polega na podawaniu środków chemicznych, na wywoływaniu shok'a koloidalnego czy białkowego, wreszcie na leczeniu szczepionkami.

Najdzielniejszym jednak środkiem leczniczym ma być przetaczanie krwi zwykłej lub uodpornionej.

Niewątpliwie skuteczniejsze jest podawanie krwi osobnika uodpornionego.

Wobec trudności z uzyskaniem dawcy uodpornionego naturalnie, t. j. takiego, który sam przeszedł zakażenie streptokokowe, uodparnia się go sztucznie. Zrobić to można podając szczepionkę przeciwstreptokokową, uzyskaną z przypadku zakażenia połogowego w ilości:

I dnia — 1 cm³, II — 2 cm³, III i IV — 2 cm³, — razem 7 cm³.

Ostatnio w Paryżu w organizacji zawodowych dawców krwi przeprowadza się szczepienia uodporniające co 2 tygodnie, a na 6 godzin przed transfuzją szczepi się dawcę po raz ostatni.

Im wcześniej zastosować przetaczanie krwi tem wyniki są lepsze. Na 42 przyp. w których leczenie to zastosowano w 5 — 12 dniu choroby, zmarło zaledwie 6 chorych. Natomiast na 5 przypadków, w których transfuzję zastosowano już po 2 tygodniach choroby zmarło aż 3, wyzdrowiało 2.

We wszystkich powyższych przypadkach bądź posiew krwi wypadł dodatnio, bądź też wśród trwających objawów zakaźnych — reakcja śródskórna (ze szczepionką paciorkowcową) wypadła ujemnie — co świadczy o słabej odporności organizmu przeciwko zakażeniu streptokokowemu.

Jeśli wspomniana reakcja wypadnie dodatnio należy ją powtarzać co 2 dni, i jak tylko wynik będzie ujemny, należy natychmiast wykonać przetaczanie krwi uodpornionej.

Omawiając dalej leczenie powikłań umiejscowionego zakażenia połogowego (para et perimetritis) autor wspomina o zapobiegawczem leczeniu zapaleń żył, które stosuje u osobników bądź wykazujących w przeszłości zapalenie zakrzepowe żył, bądź też będących pod tym względem obarczonemi dziedzicznie.

Leczenie zapobiegawcze biegnie wówczas w 3 kierunkach:

1) Środki odkażające i przeciwskrzepowe z grupy soli srebra, złota i związki arsenobenzenowe,

2) szczepionki wieloważne, w celu zwalczania czynnika zakaźnego,

3) zwalczanie specjalnie zakażenia pałeczką okrężnicy, która ma odgrywać ważną rolę w powstawaniu zapaleń żył.

Wyniki tego postępowania zapobiegawczego były bardzo dobre. *T. Zawodziński.*

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Ziarniniak grzybiasty a twardzina skóry pasmowata .(Mycosis fongoïde et sclérodermie en bandes. Histologie d'un élément de mycosis dix mois après radiothérapie). Tourpaine, Rimé, Ch. Ribadeau-Dumas.

Bulletin de la Soc. Franc. de Dermatologie et de Syph. 1933 Nr. 2.

Leczenie miejscowe promieniami X wykwitów ziarniniaka grzybiastego na kończynach dolnych

u 74-roletniej kobiety dało, jako wynik po dziesięciu miesiącach ustąpienie nacieczonych obrzękłych bolesnych rumieni ziarniniaka a pojawienie się w tych miejscach typowych wykwitów pasmowatych twardziny skóry. Tak pierwsze schorzenie, jak i wtórne potwierdzone było badaniem histologicznym wyciętych skrawków. Należy zaznaczyć, że ustąpienie wykwitów ziarniniaka rozumie się w sensie klinicznym a nie histologicznym. Mikroskop wykazywał nawet po 10-ciu miesiącach leczenia w miejscu wykwitów liczne skupienia komórek limfoidalnych identycznych z komórkami z okresu guzów ziarniniaka.

Najnowsze doświadczenia nad kiłą. Cykl rozwojowy i żywotność krętka bladego. (Nouvelles recherches expérimentales sur la syphilis. Cycle évolutif du virus syphilitique, neuro-syphilis. Virulence du treponema pallidum). C. Levaditi, A. Vaisman, mlle R. Schoen, J. E. Merger.

Annales de l'Institut Pasteur. N. 2. 1933.

Praca porusza zagadnienie 1-o cyklu rozwojowego krętka i 2-o doświadczeń nad kiłą układu nerwowego.

Teorję cyklu rozwojowego krętka (Schaudinn) popiera fakt zakaźności gruczołów limfatycznych królików, nosicieli zmian kiłowych na mosznie, gruczołów, w których nie udaje się żadnym sposobem wykryć obecności krętków. Taki materjał nie zawierający krętków, wprowadzony do drugiego organizmu nie rozwija się, ani nie przekształca stopniowo od chwili wtargnięcia, lecz w sposób t. zw. wybuchowy. Widocznie virus kiłowy musi przejść szereg ewolucji dla naszych badań niedostępnych zanim przybierze postać krętków zdolnych wywołać zmiany na skórze czy śluzówkach. U myszy kiłowych spotyka się w 50% krętki w gruczołach chłonnych obwodowych lecz jadowitość tych gruczołów nie stoi w żadnym związku z zawartością krętków i materjał taki wprowadzony pod skórę moszny królika wykazuje również długi okres bezkrętkowy w czasie swego rozwoju, poczem krętki ukazują się nagle równocześnie z pojawieniem się odczynu ze strony otaczającej tkanki. Można wobec tego z dużym prawdopodobieństwem postawić teorję istnienia postaci niewidocznej krętka bladego.

Należy przypuścić, że krętek w organizmie ludzkim przechodzi również cykl rozwoju przez postacie niewidoczne i kiedy w tej postaci wtargnie do systemu nerwowego może tam przetrwać czas dłuższy. Dopiero po wytworzeniu się w organizmie pewnego stanu alergji. Wtedy to, aby przetrwać walkę z odczynem tkanki nerwowej, mnoży się i z czasem przybiera postać spiralną, wywołującą zmiany w systemie nerwowym. Przypuszczalnie krętek przybiera okresowo naprzemian postać niewidoczną i spiralną i tem można wytłumaczyć okresy, w których u paralityków nie stwierdza się obecności krętków lub stwierdza się ich obecność naprzemian jużto w ilości skąpej, jużto liczne. Krętki systemu nerwowego w fazie niewidocznej zatracają całkowicie lub częściowo swój dermotropizm i dlatego nie udaje się przenieść kiły na małpy i króliki szczepiąc im tkankę mózgową paralityków.

Bizmut jako środek zapobiegawczy w kile w zależności od ilości wydzielanej z moczem. (Bismuthoprévention antisyphilitique en rapport avec. l'élimination du bismuth par l'urine). C. Levaditi, A. Vaisman, Y. Manin.

Comptes rendus de la Soc. de Biologie. nr. 15, 33.

Szereg doświadczeń na królikach wykazał, że wydzielanie bizmutu rozpuszczalnego w lipoidach w moczu u królików, którym stosowano domięśniowe wstrzykiwania—jest bardzo nieregularne. Zwierzęta te okazały się odpornemi na kiłę wtedy, gdy ilość wydzielanego bizmutu dosięgała 121 miligramów na dobę. Gdy ilość wydzielanego leku spadała do 12 miligramów — odporność na kiłę istniała tylko w 17%. *Z. Jastrzębska.*

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Stosowanie zapobiegawcze surowicy przeciwłańcuszkowcowej i przeciwko dwoinkom zapalenia płuc w złamaniach czaszki. Wskazanie do powyższego leczenia zapobiegawczego dają wszystkie przypadki cięższych obrażeń głowy, gdzie zachodzi podejrzenie złamania czaszki; ma ono na celu zapobiegnięcie zapaleniu następowemu opon mózgowych. To ostatnie jest szczególnie aktualne w złamaniach przedniego dołu czaszkowego (drążących do jamy nosa). Autor przed stosowaniem leczenia zapobiegawczego na 200 przypadków złamań czaszki miał 15 przypadków zejścia śmiertelnego wskutek zapalenia opon mózgowych, od chwili zaś jego rozpoczęcia — na 180 przypadków złamań ani jednego przypadku śmierci.

Powyższe leczenie zapobiegawcze nie wyłącza zwykłego stosowania surowicy przeciwtężcowej.

(Bull. Gen. de Thérap. N. 9, 1932).

M.

KRONIKA.

KOMITET ORGANIZACYJNY XIV ZJAZDU L. i P.

Z Prezydjum Zjazdu Lekarzy i Przyrodników (Poznań, dn. 11 — 15 września r. b.) dowiadujemy się, że prace przygotowawcze posuwają się raźno naprzód, a wzrastająca z dniem każdym liczba zgłoszeń świadczy o ogromnem zainteresowaniu się Zjazdem nietylko kół fachowych lecz także i szerokiej publiczności. Ponieważ względy organizacyjne wymagają już teraz zorjentowania się, choćby w przybliżeniu w liczbie uczest-

ników Zjazdu, przeto konieczne jest jaknajspieszniejsze zgłaszanie swego udziału z jednoczesnem wpłaceniem należności (konto czekowe P. K. O. Nr. 204580). Przy tak licznym Zjeździe trudno będzie Komitetowi organizacyjnemu zapewnić osobom późno się zgłaszającym kwatery równie dobre co i uczestnikom zgłoszonym wcześnie.

Wśród prac organizacyjnych na pierwszy plan wysuwają się starania około urządzenia Wystawy. Na terenach wystawowych wre praca; budują się stoiska, przerabiają się i upiększają sale. Podkreślić należy, że Czechosłowacja wystawi wspaniałe eksponaty z byłej wystawy w Dreźnie (Higjena miasta), że, dalej Ministerstwo Spraw Wojskowych obeślę Wystawę eksponatami, dotyczącemi higjeny wojskowej, bogato przedstawiać się będzie dział wychowania fizycznego. Sport, rolnictwo, leśnictwo, ogrodnictwo, dydaktyka zobrazowanie poszczególnych nauk przyrodnoznawczych, czasopiśmiennictwo lekarskie i przyrodnicze — wszystko to w tysiącznych eksponatach, barwnych grafikonach, przejrzyście zszeregowane czekać będzie na liczne rzesze zwiedzających.

Przy tej sposobności zwraca się uwagę wszystkich Wystawców, że od dnia 24 sierpnia zaczyna się przyjmowanie eksponatów, w których to sprawach należy kierować się do Prezydjum Komitetu Wystawowego, Poznań, Skarbowa nr. 9 Związek Lekarzy, Dr. Romuald Matuszewski, lub do Biura Targów Międzynarodowych, Poznań, M. Focha 18. Przypominamy, że stoiska działu naukowego są wolne od opłat.

A więc: spotykamy się wszyscy we wrześniu na Zjeździe Polskich Lekarzy i Przyrodników oraz na Wystawie a teraz zaraz przez natychmiastowe zgłoszenie się i wpłacenie udziału zapewniamy Komitetowi Organizacyjnemu możność zorjentowania się liczebności Zjazdu, zasilamy jego fundusze, sobie zaś przygotowujemy dobre kwatery.

W dobie tak zwanego kryzysu Zjazd i Wystawa będą świadczyć, że w dziedzinie ducha naszego, w Nauce Polskiej kryzysu niema, bo go być nie może.

OTRZYMALIŚMY NASTĘPUJĄCĄ ODEZWĘ:

RODACY!

Pozdrowienie śle Wam ludność polska w Gdańsku, wierna swemu posłannictwu dziejowemu, spadkobierczyni praw odwiecznych, zakreślonych nietylko traktatami, ale pracą stuleci polskich pokoleń gdańskich!

W huraganie walki o skarby nasze kulturalne, narodowe i religijne trwamy na posterunku.

Walka ta o duszę dziecka polskiego, duszę młodzieży polskiej, duszę ludu polskiego — prowadzona jest przez żywioł wrogi środkami bez wyboru.

Lecz nie cofamy się!

Zgodni, solidarni, zwarci w szeregach Gminy Polskiej, ramowej organizacji wszystkich Polaków w Wolnem Mieście Gdańsku odpieramy ataki sił przeważających.

Dopomóżcie nam Rodacy!

Niechaj wzruszą się serca Wasze na wieść, że tam u ujścia Wisły, rzek polskich Królowej — bracia i siostry Wasze w ciężkiem codziennem zmaganiu bronią idei polskiej w Gdańsku. Znojny to trud. —

Budujemy Domy Ludowe, kaplice, kościołki, roztaczamy opiekę nad szkołą, zakładamy Towarzystwa Ludowe, Rolnicze, opiekujemy się niemi, prowadzimy walkę o realizację praw zagwarantowanych nam Traktatem Wersalskim, przeprowadzamy wybory do Sejmu gdańskiego, do rad miejskich i gminnych, rozszerzamy pracę oświatowo-kulturalną, urządzamy uroczystości narodowe, otaczamy biedną ludność opieką społeczną. Oto szereg najważniejszych prac Gminy Polskiej, decydujących o losie i przyszłości ludu polskiego w Gdańsku. A ten lud wielce ofiarny w miarę swych możliwości, to ubogie rzesze robotnicze i rolnicze.

Dziś więcej niż kiedykolwiek niechaj nam staną do pomocy wszyscy Rodacy — Obywatele! Niechaj w całym Narodzie Polskim otworzą się dłonie ofiarne. „Na pomoc Polonji w Gdańsku"!

Prosimy Was o to gorąco!

GMINA POLSKA w Wolnem Mieście Gdańsku

(Tow. zap. sąd.).

Zarząd:

Prezes — Erazm Czarnecki, Poseł na Sejm gdański; Wiceprezes — Ks. Bronisław Komorowski, proboszcz parafji św. Stanisława; Wiceprezes — Antoni Lendzion, b. poseł do sejmu i prezes Związku Zjedn. Zaw. Polskiego; Skarbnik — Teodor Maliszewski, Radny Miasta Gdańska; Sekretarz Generalny — Alfons Garyantesiewicz, Magister Praw.

Wszelkie dary prosimy przekazać: na konto Gminy Polskiej P. K. O. Nr. 210040, lub na konto Gminy Polskiej w Banku Związku Spółek Zarobkowych, Oddział Gdańsk, lub na konto Gminy Polskiej w Banku Ludowym w Gdańsku.

Redaktor odpowiedzialny: ***Doc. Dr. A. Wojciechowski***
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji, Warszawa, Tucholska 10. tel. 11.30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.